

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
CAMPUS DE BAURU
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU**

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

FRANCISLAINE DA SILVA

**ASSOCIAÇÕES ENTRE INDICADORES EMOCIONAIS MATERNOS PARA
DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS
DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA**

BAURU

2014

FRANCISLAINE DA SILVA

**ASSOCIAÇÕES ENTRE INDICADORES EMOCIONAIS MATERNOS PARA
DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE E PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS
DE CRIANÇAS COM FISSURA LABIOPALATINA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Bauru, para obtenção do Título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem – Área de Concentração: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Profª. Adjo. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e Co-Orientação do Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris.

BAURU

2014

Silva, Francislaine da.

Associações entre indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina/ Francislaine da Silva, 2014

179 f.

Orientador: Olga M. Piazzentin Rolim Rodrigues


Co-Orientador: José Roberto Pereira Lauris


Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências de Bauru. Bauru, 2014.


1. Depressão Materna. 2. Ansiedade Materna. 3. Estresse Materno. 4. Comportamento Infantil. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de FRANCISLAINE DA SILVA,
DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.**

Aos 06 dias do mês de março do ano de 2014, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. EDNA MARIA MARTURANO do(a) Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de FRANCISLAINE DA SILVA, intitulada "Associações entre os indicadores emocionais maternos para a depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES


Profa. Dra. EDNA MARIA MARTURANO


Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

Agradecimentos

Ofereço do mais íntimo do meu coração, minha gratidão...

A **Deus** pelo dom da VIDA e por sempre presidir cada detalhe dela. Por tudo que devo e possuo: em felicidade, em conhecimento, em comodidade, em triunfos.

Ao meu **pai Adelmo** (em memória), exemplo de luta e perseverança. Pelo incentivo e por sempre ter acreditado em minhas escolhas, apoiando-me e esforçando-se junto a mim, para que eu pudesse realizar todos os meus sonhos.

À minha **mãe Ana**, pela dedicação em família e pela educação que me fez tornar a mulher que sou...

Aos **meus familiares** pelo afeto e por torcerem sempre por mim...

Em especial, ao meu sobrinho amado **Wesley**, pelas horas que passou configurando meu computador e me socorrendo em diversos momentos desta caminhada.

À querida **Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues**, que muito admiro e respeito. Pelo exemplo de educadora e de profissional, pela competência, presteza, acolhimento, dedicação e valiosos ensinamentos. Minha profunda gratidão por ser sua orientanda. Que Deus presida sempre sua vida!

Ao **Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris**, pela confiança em aceitar co-orientar este trabalho, pela presteza por sempre responder minhas solicitações e pelas contribuições valiosas na análise estatística dos dados.

À **Profa. Dra. Alessandra Bolsoni Silva**, por disponibilizar seu instrumento de trabalho e pelo suporte na orientação de um dos testes usado nesta pesquisa.

Aos **Professores** do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, **Prof. Dr. Kester Carrara**, **Prof. Dr. Sandro Caramaschi**, **Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues**, **Profa. Dra. Tânia Gracy Martins do Valle**,

Profa. Dra. Lígia Ebner Melchiori, Profa. Dra. Camem Maria Bueno Neme e Prof. Dr. Jair Lopes Junior, pelos valiosos ensinamentos e contribuições.

Às Professoras **Dra. Edna Maria Marturano** (USP-Ribeirão Preto) e **Dra. Tânia Gracy Martins do Valle** (UNESP-Bauru) que gentilmente aceitaram participar da banca de Defesa e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho. Minha admiração e respeito pelo trabalho desenvolvido e pelas profissionais que são.

Às Professoras **Dra. Maria Beatriz Martins Linhares** (USP-Ribeirão Preto) e **Dra. Lígia Ebner Melchiori** (UNESP-Bauru) que também gentilmente aceitaram participar como suplentes da banca de Defesa.

Ao **Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais** USP-Bauru, pela oportunidade da coleta dos dados e incentivo à produção de conhecimentos.

À amiga **Márcia Ferro**, pela amizade, carinho, atenção e presteza em que sempre me atendeu ao longo da coleta dos dados no HRAC. Meu carinho e gratidão pela ajuda nos agendamentos dos pacientes.

À Profa. **Dra. Liliam D'Aquino Tavano** do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-Bauru, pela confiança em mim depositada, incentivo e apoio.

Aos colaboradores **Lucy, Lisley e Saulo** do Setor de Pós-Graduação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-Bauru, pela atenção, carisma e presteza em sempre disponibilizar uma sala para que eu pudesse realizar os atendimentos.

As colaboradoras **Denise e Rosângela** da Unidade de Ensino e Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-Bauru, pelo profissionalismo, competência, presteza e carisma nas orientações deste trabalho.

A colaboradora **Ghetiely** do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da UNESP Bauru pela atenção e presteza com que sempre me atendeu.

A todos os amigos que fiz durante o Curso, em especial a querida **Fernanda Baptista** com a qual compartilhei muitas alegrias e angústias que fizeram parte desta jornada.

Minha eterna gratidão por conhecer uma pessoa tão especial!

Às **mães** que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade e confiança com que me receberam e atenderam a todas as solicitações. Às **crianças**, pela paciência em esperar suas mães responderem aos questionários.

Ao **Prof. Dr. Ulisses Herrera Chaves** pelo apoio, incentivo e valiosos ensinamentos.

Minha gratidão pelas oportunidades e confiança.

À amiga do coração **Célia Maria Melo** por sempre proporcionar um momento de descontração e por compartilhar muitas alegrias e tristezas que fazem parte da vida.

Ao **Dr. Evandro Borgo** pelas valiosas explicações sobre testes e conceitos estatísticos e por dividir os momentos de cada etapa deste trabalho.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Gratidão!

SILVA, F. **Associações entre indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina**. 2014. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

RESUMO

Indicadores emocionais maternos como a depressão, a ansiedade e o estresse têm sido considerados como condições de adversidade ao desenvolvimento infantil, observando-se peculiaridades e uma diversidade de achados em relação a problemas de comportamento e a outros distúrbios debilitantes em crianças ao longo do ciclo vital. O presente estudo objetivou identificar e associar indicadores clínicos para depressão, ansiedade e estresse maternos com indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) em crianças com fissura labiopalatina. Participaram 83 díades, mães e seus filhos com fissura labiopalatina de ambos os gêneros, na faixa etária entre três e cinco anos de idade, que estão em processo de tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP). Os instrumentos utilizados foram: Protocolo de Entrevista, para o levantamento de informações sociodemográficas, Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), para a identificação de indicadores emocionais maternos e o Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos), para a identificação de problemas comportamentais das crianças. Os instrumentos foram aplicados conforme recomendações técnicas e em sessões individuais. Os dados foram codificados segundo as proposições dos instrumentos. Para a análise procedeu-se à correlação e a associação entre os indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade e estresse e indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina utilizando-se o Teste ρ de Spearman, o Teste do Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher, adotando-se o critério de significância de $p < 0,05$. Os resultados apontaram que as crianças que convivem com mães com indicadores clínicos para ansiedade e depressão apresentaram significativamente mais problemas comportamentais tanto internalizantes como externalizantes e problemas totais. Considerando os indicadores de estresse as correlações só foram observadas para os comportamentos internalizantes. Além disso, verificaram-se associações significativas entre os indicadores emocionais maternos para ansiedade e estresse e problemas comportamentais das crianças. Das mães identificadas com ansiedade e estresse avaliaram suas crianças como clínicas em problemas externalizantes. No que se refere à relação entre gênero e problemas comportamentais das crianças observou-se maior frequência de problemas de comportamento externalizantes em meninos. Quanto à relação entre tipo de fissura e problemas comportamentais pode-se constatar a prevalência de comportamentos internalizantes na amostra, independentemente do tipo. Verificou-se, também, uma porcentagem maior de problemas internalizantes (62,2%) e problemas totais (46,7%) em crianças mais velhas. Considerando o perfil comportamental que compõem as escalas internalizantes e externalizantes, foi observada uma associação entre gênero e comportamento agressivo, com destaque para o gênero masculino; idade e comportamento agressivo, com destaque para a idade entre três a quatro anos e três meses e, tipo de fissura pré-forame e transforame incisivo e comportamento internalizante, com destaque para os problemas de ansiedade/depressão (50% e 27,1% respectivamente). Considera-se que tais dados podem contribuir para o planejamento de ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico

para as mães que apresentam indicadores clínicos para ansiedade e estresse, assim como propor medidas para os problemas comportamentais das crianças que convivem com mães ansiosas e estressadas.

Palavras-chave: Depressão Materna; Ansiedade Materna; Estresse Materno; Comportamento Infantil.

SILVA, F. **Associations between maternal emotional indicators for depression, anxiety and stress and behavioral problems of children with cleft lip and palate.** 2014. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2014.

ABSTRACT

Maternal emotional indicators such as depression, anxiety and stress has been considered as conditions of adversity to child development, and has been observed peculiarities and diversity of findings in relation to behavioral problems and other debilitating disorders in children across the life cycle. The present study aimed to identify and associate clinical indicators for depression, anxiety and maternal stress along with indicators of behavior problems (internalizing and externalizing) in children with cleft lip and palate. The participants were 83 pairs, mothers and their children with cleft palate of both genders, aged between three and five years old, who are in the process of treatment at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo (HRAC/USP). The instruments used were: Interview Protocol for gathering sociodemographics data, Beck Depression Inventory (BDI-II), Inventory State-Trait Anxiety (IDATE) and Inventory of Stress Symptoms for Lipp Adults (ISSL) to identify maternal emotional indicators and Child Behavior Checklist (CBCL version 1¹/₂ to 5 years old), to identify behavioral problems of children. The instruments were applied as technical recommendations and in individual sessions. Data were coded according to the propositions of the instruments. For the analysis, the correlation and association between maternal emotional indicators for depression, anxiety and stress and behavioral indicators of children with cleft lip and palate was performed using the Spearman ρ Test, the Pearson Chi-square Test and the Fisher Exact Test, with the adoption of criterion of significance of $p < 0.05$. The results indicated that children who live with mothers with clinical indicators for anxiety and depression had significantly more behavior problems, both internalizing and externalizing and total problems. Considering the stress indicators, the correlations were only observed for internalizing behaviors. Furthermore, it was verified that there were significant associations between maternal emotional indicators for anxiety and stress and behavioral problems of children. The children with mothers identified with anxiety and stress were evaluated as clinical in externalizing problems. With regard to the relationship between gender and behavioral problems of children it was observed a higher frequency of externalizing problems in boys. Regarding the relationship between cleft type and behavioral problems it is possible to observe the prevalence of internalizing behaviors in the sample, regardless of the type. It was also found a higher rate of internalizing problems (62.2%) and total problems (46.7%) in older children. Considering the behavioral profile that compose the internalizing and externalizing scales, an association between gender and aggressive behavior was observed, especially for males; between age and aggressive behavior, with emphasis on the aged three to four years old and three months old; and between the type of cleft pre-foramen and incisive transforamen and internalizing behavior, with emphasis on the problems of anxiety / depression (50% and 27.1% respectively). It is

considered that such data can contribute to the planning of preventive and interventional actions, in order to promote the psychological support for mothers who have clinical indicators for anxiety and stress, and to propose measures for behavioral problems of children living with mothers anxious and stressed.

Keywords: Maternal Depression, Maternal Anxiety, Maternal Stress, Child Behavior.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI - Inventário para Depressão de Beck

CBCL - Child Behavior Check-List

CES-D Scale - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CPNI - Scale e pelo Neuropsychological Inventory for Children

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAS - Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey

EBA-NA - Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica para Crianças e Adolescentes

EPDS - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

GAD - Generalized Anxiety Disorder

HPA - Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

HSE-P – Habilidades Sociais Educativas-Parentais

HRAC - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

ITSEA - Infant Toddler Social and Emotional Assessment

K-SADS - Affective Disorders and Schizophrenia, versão infantil

NPI - Neonatal Perception Inventory

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire

RE-HSE-P - Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais

SCID/Não Paciente - Entrevista Clínica estruturada para DSMIII-R

SCL-5 - Hopkins Symptom Checklist

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SMFQ - Short Mood and Feeling Questionnaire

TDAH - Déficit de Atenção e Hiperatividade

TRF's - Teacher's Report Form

USP - Universidade de São Paulo

WISC-III – Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

WISC-R - Escala de Inteligência Wechsler para Crianças

WPPSI - Wechsler Preschool Intelligence Scale

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição Sociodemográfica	86
Tabela 2. Distribuição dos dados referentes à depressão na amostra estudada.....	99
Tabela 3. Distribuição dos dados referentes à ansiedade traço e estado na amostra estudada	100
Tabela 4. Distribuição dos dados referentes ao estresse na amostra estudada.....	100
Tabela 5. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação de depressão (BDI), ansiedade (estado e traço) (IDATE) e estresse (ISSL)	101
Tabela 6. Associações entre os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade estado e traço e estresse) conforme Teste do Qui-quadrado e Teste exato de Fisher	103
Tabela 7. Descrição dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais avaliados pelo CBCL, de acordo com o relato das mães	104
Tabela 8. Dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL.....	105
Tabela 9. Eixos ou Síndromes avaliadas pelo CBCL	105
Tabela 10. Correlações entre os resultados obtidos com o instrumento CBCL	107
Tabela 11. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com o gênero das crianças	108
Tabela 12. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com a idade das crianças	108
Tabela 13. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com o tipo de fissura das crianças	109
Tabela 14. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com o gênero das crianças	110
Tabela 15. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com a idade das crianças	111
Tabela 16. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com os tipos de fissuras das crianças	111
Tabela 17. Associação dos Eixos ou síndromes avaliadas pelo CBCL com o gênero das crianças	112
Tabela 18. Associação dos Eixos ou síndromes avaliadas pelo CBCL com a idade das crianças	113

Tabela 19. Associação dos Eixos ou síndromes avaliadas pelo CBCL com os tipos de fissuras das crianças	113
Tabela 20. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação de depressão (BDI), ansiedade (IDATE) e estresse (ISSL) e CBCL	115
Tabela 21. Associações entre os indicadores emocionais para a ansiedade-estado das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher	117
Tabela 22. Associações entre os indicadores emocionais para a ansiedade-traço das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher	118
Tabela 23. Associações entre os indicadores emocionais para depressão das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher	119
Tabela 24. Associações entre os indicadores emocionais de estresse das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o Teste Estatístico do Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher	120

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 Depressão materna e suas repercussões no desenvolvimento infantil.....	24
2.2 Ansiedade materna e suas repercussões no desenvolvimento infantil	42
2.3 Estresse materno e suas implicações para o desenvolvimento da criança	53
2.4 Problemas de comportamento infantil	63
2.4.1 Problemas de comportamento em crianças com fissura labiopalatina	76
3 OBJETIVOS	83
3.1 Gerais	83
3.2 Específicos	83
4 MÉTODO	84
4.1 Participantes	84
4.1.1 Critérios de seleção da amostra	87
4.2 Local	87
4.3 Materiais	87
4.3.1 Protocolo de Entrevista	87
4.3.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI – II)	88
4.3.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	89
4.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	91
4.3.5 Child Behavior Checklist (CBCL versão 1 1/2 a 5 anos	92
4.4 Aspectos éticos	93
4.5 Procedimentos da coleta dos dados	94
4.6 Tratamento e análise dos dados	96
4.6.1 Codificação	96
4.6.2 Análise dos dados	98
5 RESULTADOS	99
5.1 Descrição dos indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)	99
5.1.1 Correlações e associações entre os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)	100
5.2 Descrição dos comportamentos das crianças com fissura labiopalatina	104
5.2.1 Correlações e associações entre diferentes indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina	105
5.3 Correlações e associações entre indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina	114
6 DISCUSSÃO	121
6.1 Indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)	122
6.2 Problemas de comportamento da criança com fissura labiopalatina	134
6.3 Indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e problemas de comportamento da criança com fissura labiopalatina	141

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
7.1 Confirmação e Refutação das Hipóteses	148
7.2 Limites do estudo	150
7.3 Considerações para futuros estudos.....	151
8 REFERÊNCIAS.....	153
APÊNDICES	
Apêndice I: Protocolo de Entrevista	174
Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	175
ANEXO	
Anexo I: Comitê de Ética	176

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi gestado a partir do contato diário da autora com a realidade do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) e das suas atividades vinculadas ao curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Psicologia Clínica e Hospitalar da Universidade de São Paulo USP/Campus Bauru. Ao ingressar neste curso de especialização, esta sentiu-se mobilizada pelos processos de reabilitação e enfrentamento vivido pelo paciente da instituição e sua família. Ainda que alocada no setor pré-cirúrgico, transitou pelos setores de internação e recreação quando solicitada, onde realizou sua monografia junto aos pais e suas crianças durante o período de setembro de 2009 a fevereiro de 2011. Durante suas intervenções, a pesquisadora observou limitação de comportamentos sociais das crianças diante da situação de enfrentamento hospitalar, confirmando tais evidências no relato dos pais, principalmente das mães que se queixavam de problemas comportamentais de seus filhos, tais como agressividade, nervosismo e timidez em outros ambientes e, ainda, o relato dos filhos sobre o sofrimento de bullying no ambiente escolar. Diante desta problemática, surgiu na pesquisadora o desejo de investigar melhor tais problemas comportamentais, nascendo assim, a monografia com a temática “Habilidades sociais das crianças com fissura labiopalatina”. Os resultados apontaram uma maior necessidade dos meninos serem acompanhados em sua aquisição de habilidades sociais, visando à prevenção de comportamentos problemáticos (externalizantes) e uma maior atenção ao repertório de habilidades sociais das meninas, que apresentaram comportamentos internalizantes. Ambos são considerados indicativos de problemas de comportamento, principalmente pelo fato de reduzir as oportunidades de interação e de desenvolvimento de repertórios imprescindíveis ao desempenho social de crianças.

Além do relato das mães sobre as limitações comportamentais de seus filhos nas práticas cotidianas a pesquisadora observou as mães, durante suas intervenções, identificando sintomas de estresse, ansiedade e depressão, muitas vezes verbalizados pelas mesmas e demonstrados por sinais de fragilidades e insegurança, superproteção, choro frequente durante internação da criança, rejeição velada, sentimentos de pena e culpa e queixas psicossomáticas. Sentindo-se mobilizada e responsável, mesmo que indiretamente, pelo processo de reabilitação não somente do paciente, mas também destas mães, a pesquisadora foi instigada a dar continuidade ao estudo sobre problemas de comportamento da criança com fissura labiopalatina, investigando crianças mais jovens e a possível influência da saúde mental materna sobre eles. Em nossa cultura a mãe exerce o papel principal de cuidadora dos filhos e os problemas de ordem emocional vivenciados pela mãe poderiam ser fatores de risco tanto à saúde e ao bem-estar da mãe, como para o comportamento e desenvolvimento adaptativo da criança. Identificá-los poderia subsidiar programas de intervenção, não só junto à população infantil assim como com as mães, sempre muito presentes no atendimento que o HRAC oferece aos seus filhos.

1 INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas representam uma das anomalias congênitas de maior incidência na espécie humana, com prevalência média entre um e dois indivíduos para cada 1000 nascimentos (SILVA FILHO; SOUZA FREITAS, 2007). Ocupa, atualmente, o terceiro lugar entre as 15 malformações mais comuns de cabeça e pescoço (RIVAS; MATEO; OJEDA; BOSCH; RODRÍGUEZ, 2009; PEDRO; TANNURE; ANTUNES; COSTA, 2010). Segundo análise epidemiológica, a incidência das fissuras labiopalatinas varia de acordo com a localização geográfica, raça e condição socioeconômica (MARTELLI et al., 2010). No Brasil a relação é de um para cada 650 nascimentos (SILVA FILHO; SOUZA FREITAS, 2007; FIGUEIREDO; PINTO; FAUSTINO-SILVA; OLIVEIRA, 2008; PEDRO et al., 2010), sendo mais frequente no sexo masculino, com lesão predominante no lado esquerdo da face (PEDRO et al., 2010).

Muito pouco se conhece sobre a etiologia das fissuras labiopalatinas, mas dois conjuntos de fatores são imputados para tentar explicá-las: os genéticos e os ambientais, que podem atuar separadamente ou em conjunto constituindo, assim, uma herança multifatorial (MARTELLI JÚNIOR et al., 2006; PEDRO et al., 2010). O fator genético corresponde de 25% a 30% dos casos, enquanto que o restante é atribuído aos fatores teratogênicos extragenéticos, ditos ambientais: deficiências nutricionais e vitamínicas; drogas anticonvulsivas; alcoolismo; tabagismo; exposição a radiações, rubéola; varíola e toxoplasmose; estresse emocional durante o primeiro trimestre de gestação e idade materna e, ainda, fatores endocrinológicos como diabetes e hipotireoidismo (ABDO; MACHADO, 2005; RODRIGUES; COSTA; GOMIDE; NEVES, 2005; PARANAIBA et al., 2010; GARIB; SILVA FILHO; JANSON, 2010).

De acordo com Silva Filho e Souza Freitas (2007) essas malformações são resultantes da falta de coalescência dos processos faciais embrionários e dos processos palatinos, num período que corresponde da oitava semana (fase de finalização da formação facial) à décima segunda semana de vida gestacional (fase de conclusão dos processos palatinos). O desenvolvimento das fissuras ocorre de modo que a estrutura da face durante o período embrionário e o início do período fetal, é representada clinicamente, pela ausência de fechamento do lábio, palato ou ambos. A fissura que envolve o lábio é denominada de pré-forame incisivo, a fissura de palato, pós-forame incisivo e, a fissura que envolve ambas as estruturas, é denominada de transforame incisivo (SILVA FILHO; SOUZA FREITAS, 2007).

Vários são os problemas causados pelas fissuras labiopalatinas, pois além dos estéticos, seus portadores são suscetíveis às dificuldades relacionadas à mastigação, à deglutição, à audição, à respiração, aos comprometimentos da arcada dentária, a constantes infecções otorrinolaringológicas, a distúrbios fonoarticulatórios (voz nasalizada) e, também, psicológicos (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992). A partir das implicações físicas e funcionais da fissura labiopalatina surgem implicações de ordem emocional e psicossocial.

Estudos têm mostrado que a fissura labiopalatina causa impacto tanto na vida de seu portador, como na de seus familiares (AMARAL, 1997; TAVANO, 2000; NASCIMENTO, 2006; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). O nascimento de uma criança com malformação pode gerar reações parentais e dificuldades no processo do vínculo. Para Amaral (1997), durante a gestação, as mães esperam um filho perfeito, porém, o medo do nascimento de uma criança com alguma malformação está presente. Quando um bebê nasce com um defeito facial, os pais vivenciam imediatamente um choque emocional, propiciando a instalação de uma crise, com a qual lidarão de acordo com seus recursos emocionais, suas experiências prévias, seus mecanismos estabelecidos para se defender do estresse, suas crenças e filosofias de vida (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Sobretudo é na mãe que os efeitos da descoberta de uma malformação congênita têm maior intensidade, uma vez que sobre ela recaem as maiores responsabilidades e cobranças, relacionadas tanto às causas da anomalia, como aos cuidados necessários à saúde e sobrevivência do bebê (NASCIMENTO, 2006). Destarte, a mãe pode estar mais vulnerável a vivenciar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. A literatura mostra que são diversas as reações dos pais, principalmente das mães, pois a experiência de ter um filho com problema excita a rejeição, que pode ser ostensiva ou velada (TAVANO, 2000; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Por consequência, o estresse, que é inerente à situação de crise, provoca uma série de alterações comportamentais, de pensamento, de raciocínio e afetivas na mãe (NASCIMENTO, 2006). Essas reações são descritas como sentimentos de choque, ansiedade, depressão, solidão, mágoa, desapontamento, sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, comportamentos hiperativos, superproteção, negação, desânimo, sentimentos de ter falhado, pena, choro frequente, desamparo, perda e culpa (NASCIMENTO, 2006; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007; VANZ; RIBEIRO, 2011).

Tendo em vista que na maioria das culturas a mãe exerce o papel de cuidadora principal dos filhos, os problemas de ordem emocional, como a depressão, a ansiedade e o estresse vivenciados pela mesma são fatores de risco na interação diádica, podendo influenciar significativamente na maneira como recebe e cuida da criança (AMARAL, 1997; SOUZA; PRADO; PICCININI, 2011).

Diante dos achados da literatura, entende-se que os distúrbios emocionais maternos são fatores deletérios que podem influenciar tanto a saúde e o bem-estar da mãe, como o desenvolvimento adaptativo da criança favorecendo a presença de distúrbios psicológicos (ELGAR et al., 2004; BURT et al., 2005; CORTES; FLEMING; CATALANO; BROWN, 2006; KISS et al., 2007; LOOSLI; LOUREIRO, 2010; SINGH et al., 2011), problemas

comportamentais (LEVE; KIM; PEARS, 2005; ESSEX et al., 2006; FRITSCH; MONTT; SOLÍS; PILOWSKY; ROJAS, 2007; MINER; CLARKE-STEWART, 2008; LOOSLI; LOUREIRO, 2010; LOOSLI, 2011), déficits cognitivos (GRANT; MCMAHON; REILLY; AUSTIN, 2010), prejuízos no autoconceito (MIAN; TANGO; LOPES; LOUREIRO, 2009), no desempenho acadêmico e social (LUOMA et al., 2001; MIAN, et al., 2009), configurando-se assim, uma condição de adversidade ao desenvolvimento infantil. Dessa forma, problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estarem associados a risco de transtornos psicossociais futuros.

A literatura aponta que durante os primeiros anos de vida, a criança vivencia uma série de experiências no seu ambiente que podem favorecer o desenvolvimento de competência interpessoal ou problemas de comportamento (BANDEIRA et al., 2006; PINHEIRO; HAASE; AMARANTE; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006). Os problemas de comportamento, segundo Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006) referem-se aos excessos ou aos déficits comportamentais que prejudicam não só o próprio indivíduo que os apresenta, mas também a interação da criança com os pares e adultos de sua convivência.

Conforme Achenbach e Edelbroch (1979), os problemas comportamentais do grupo internalizante se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo e são evidenciados por retraimento social, depressão, ansiedade e queixas somáticas, já os do grupo externalizante se expressam predominantemente em relação a outras pessoas e são marcados pela impulsividade, agressividade física e/ou verbal, agitação, características desafiantes, condutas anti-sociais, como mentir e roubar.

Estudos têm apontado uma diminuição da competência social de crianças com fissura labiopalatina, que se caracterizam pelo menor número de amigos, menos contatos sociais e pior qualidade de interações sociais, bem como, problemas de comportamento internalizantes e externalizantes (RICHMAN; MILLARD, 1997; SLIFER et al., 2004; SLIFER et al., 2006;

HUNT; BURDEN; HEPPER; STEVENSON; JOHNSTON, 2007; MURRAY et al., 2010). Para Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989) as dificuldades interpessoais da primeira infância podem repercutir na infância média acentuando as chances de ocorrência de problemas comportamentais, o que por sua vez, pode levar à rejeição pelo grupo de pares e até mesmo pelos pais e professores, bem como, ao fracasso escolar e a transtornos como a depressão e a ansiedade infantil.

Considerando os transtornos mentais maternos um problema de saúde pública, sendo associado ao comprometimento da relação diádica e do desenvolvimento infantil, torna-se de fundamental importância o fomento de pesquisas voltadas para a investigação dessas variáveis no campo da fissura labiopalatina.

Dada a relevância do impacto causado pela depressão, ansiedade e estresse materno sobre o desenvolvimento infantil (FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2005; BRUM; SCHERMANN, 2006; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008a; ENGLE, 2009; MIAN et al., 2009; FLORES; SOUZA; MORAES; BELTRAMI, 2012; DIPIETRO, 2012), a identificação destes estados emocionais e sua influência sobre a saúde mental de crianças com fissura labiopalatina possibilita a elaboração de ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães, assim como propor medidas para os problemas de desenvolvimento adaptativo da criança com tal anomalia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Pretende-se estabelecer, com este capítulo, uma sustentação teórica para as questões envolvidas, contextualizando literaturas de apoio para melhor análise e compreensão dos resultados. Para melhor descrição a respeito do assunto, serão constituídos quatro tópicos. No primeiro, serão abordadas considerações a respeito da depressão materna e seu impacto no desenvolvimento infantil. No segundo tópico, discorrer-se-á sobre a ansiedade materna e suas consequências para o desenvolvimento biopsicossocial da criança. O terceiro abordará o estresse materno e seus efeitos para o ciclo vital da criança. E, no quarto e último tópicos, serão abordados os estudos desenvolvidos sobre problemas de comportamento infantil, com ênfase no instrumento utilizado nesta pesquisa, bem como nos indivíduos com fissura labiopalatina.

2.1 Depressão materna e suas repercussões no desenvolvimento infantil

Sintomas emocionais maternos, como a depressão, tem sido foco de preocupação dos pesquisadores pelas consequências que podem provocar nas relações familiares e, principalmente, no desenvolvimento infantil. A depressão materna, pode se configurar em um evento estressante e, conseqüentemente, em um fator de risco para os indicadores de adaptação da criança, dentre os quais se destaca o desempenho de domínios físico, emocional, cognitivo e comportamental, típicos de cada fase em que a criança se encontra (FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2005; BRUM; SCHERMANN, 2006; FRAGA et al., 2008a; ENGLE, 2009; MIAN et al., 2009). Dessa forma, crianças que

convivem com mães deprimidas podem desenvolver diversos distúrbios debilitantes com implicações ao longo da infância, com taxas elevadas de riscos de transtornos psicossociais identificados mais tarde no período da adolescência ou na fase adulta (ELGAR; MCGRATH; WASCHBUSCH; STEWARTB; CURTIS, 2004; ESSEX et al., 2006).

A depressão é descrita pela Classificação Estatística Internacional de Doenças publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), como um dos transtornos mentais que acarreta mais prejuízos na vida cotidiana das pessoas, em razão de sua cronicidade e recorrência. Está frequentemente associada a uma multiplicidade de indicadores disfuncionais e comprometimento do funcionamento físico e psicossocial (FLECK et al., 2009), em razão de sua sintomatologia caracterizada por alterações no apetite e no sono, sentimento de tristeza, apatia, redução da energia, perda de interesse nas atividades, diminuição da capacidade de concentração, fadiga, culpabilidade, diminuição da auto-estima e da autoconfiança (OMS, 2008).

A depressão analisada por meio de referenciais psicológicos é descrito por Rehm (1977) e Beck, Rush, Shaw e Emery (1979). Rehm (1977) considera a depressão um transtorno complexo, com uma série de importantes dimensões psicológicas. Esses componentes psicológicos ocorrem nos comportamentos de auto-registro, auto-avaliação e de auto-reforço, da seguinte maneira: as pessoas deprimidas selecionam acontecimentos negativos, apresentam dificuldades para trabalhar em longo prazo, são perfeccionistas, atribuem para si comportamentos negativos e para os outros acontecimentos positivos, administram a si mesmas insuficientes recompensas contingentes e uma autopunição excessiva.

O conceito de tríade cognitiva definido por Beck et al. (1979) consiste em três padrões cognitivos maiores que induzem o paciente a considerar a si mesmo, seu futuro e suas experiências de uma forma idiossincrásica. O primeiro componente da tríade gira em torno da

visão negativa que o paciente tem de si mesmo; ele vê a si próprio como defeituoso, inadequado, doente ou carente. O segundo é a tendência da pessoa deprimida em interpretar suas experiências atuais de forma negativa vendo o mundo como fazendo exigências exorbitantes e/ou apresentando obstáculos insuperáveis para atingir suas metas de vida. O terceiro componente consiste numa visão negativa de futuro onde, geralmente faz projeções antecipando seu sofrimento ou dificuldades, esperando frustrações e privações incessantes.

Os estudos de base populacional realizados em diferentes países ocidentais apontam a depressão como um dos transtornos mentais mais frequentes na população em geral, com prevalência anual de três a 11%. É uma condição bastante recorrente. Dos casos tratados devido a um episódio depressivo, em aproximadamente 80% deles apresentarão novas crises, com média de quatro episódios ao longo do ciclo vital (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; FLECK et al., 2009). Dados da Organização Mundial da Saúde (2013) apontam que mais de 350 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão e estima-se que, em 2020, ela seja a segunda maior causa de morbidade em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (FLECK et al., 2009).

No Brasil, o levantamento epidemiológico realizado na cidade de São Paulo apontou uma prevalência de episódios depressivos de 7% ao ano e de 16,8% durante o curso de vida do indivíduo (ANDRADE; WALTERS; GENTIL; LAURENTI, 2002). Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado na cidade de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, que apontou prevalência de 37% de transtornos mentais em pacientes atendidos em um Programa de Saúde da Família, sendo a depressão o distúrbio mais frequente (45%), com prevalência de 6,5% ao ano e de 13,5% ao longo da vida (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008). Resultados da pesquisa de Vorcaro, Lima-Costa, Barreto e Uchoa (2001) em uma pequena cidade de Minas Gerais apontou alta prevalência de depressão ao mês (8,2%) quando comparado com estudos semelhantes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, 10% ao ano e 15,6% ao

longo da vida. Altos índices de depressão (16,1%) também foram encontrados no estudo de Cunha, Bastos e Duca (2012) em uma comunidade de baixa renda na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul. Os autores atribuem a alta porcentagem ao baixo nível socioeconômico da população estudada. Apesar dos dados mostrarem consistência, verifica-se discrepância nas taxas de prevalência durante a vida, de acordo com a população avaliada e local do estudo, com estimativas variando de 6% a 17%.

As principais causas imputadas à depressão são de natureza psicossocial, principalmente as causas relativas aos eventos estressantes na vida da pessoa (DIETRICH et al., 2004). Por outro lado, alguns fatores biológicos, como os genéticos, apontados também como relevantes pela evidência científica (LINK; PHELAN; BRESNAHAN; STUEVE; PESCOSOLIDO, 1999), são pouco considerados pela população para a etiologia da depressão (PELUSO; BLAY, 2008).

As mulheres destacam-se como um segmento mais sensível, numa proporção de duas a três vezes mais na manifestação da depressão quando comparada aos homens, sendo comprovadamente o maior agente incapacitante em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006; FRITSCH et al., 2007; FLECK et al., 2009; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; GOLD; SPANGENBERG; WOBIL; SCHWENK, 2013).

Pesquisas mostram maior vulnerabilidade das mulheres a sintomas de humor deprimido, principalmente associados ao período fértil, entre a idade de 15 e 44 anos, com tendências a aumentar conforme o avanço da idade (VORCARO et al., 2001; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; FRITSCH et al., 2007; ZENDER; OLSHANSKY, 2009; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012). Outros fatores associados à depressão têm sido identificados, incluindo maior suscetibilidade em mulheres casadas, que passaram pela experiência da maternidade, com maior número de situações geradoras de estresse, falta de

apoio social (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; RUSCHI; SUN; MATTAR; CHAMBÔ FILHO, 2007; BENUTE et al., 2010; CID; MATSUKURA, 2010; KONRADT et al., 2011; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; GOLD et al., 2013), menor suporte instrumental de parceiros, (MANUEL; MARTINSON; BLEDSOE-MANSORI; BELLAMY, 2012) com menores níveis educacionais e com baixas condições socioeconômicas (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; SILVA et al., 2010; OZER; FERNALD; WEBER; FLYNN; WEELE, 2011; GUIDOLIN; CÉLIA, 2011; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012). Por atingir mulheres no período reprodutivo, a recorrência e a cronicidade deste transtorno têm efeitos deletérios no exercício da maternidade, e podem ser configuradas como uma condição familiar relevante e de impacto negativo para o desenvolvimento infantil.

Os sintomas associados à depressão materna incluem alterações no apetite e sono, dificuldade para dormir, especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, irritabilidade, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram agradáveis, podendo ocorrer ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa, desamparo e desesperança, desinteresse sexual, sensação de incapacidade de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; FRIZZO; PICCININI, 2007; SARAIVA; COUTINHO, 2007; FRANCISCO et al., 2007; MENTA; SOUZA, 2010).

Estudo realizado por Saraiva e Coutinho (2007) com 84 mães usuárias de um serviço público de saúde da Paraíba constataram a incidência de 33% com sintomatologia de depressão, conforme avaliação realizada pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Para o estímulo indutor “depressão”, avaliado na técnica de associação livre de palavras, emergiram elementos como tristeza e “aperreio”. O sentimento de tristeza, conforme esses autores, expressa o sofrimento psíquico que acompanha a vivência subjetiva e social da concepção, gestação, parto e puerpério das mães, que se relaciona às necessidades de novas

adaptações e reajustamentos intrapsíquicos, interpessoais e de mudança de identidade feminina. No que se refere ao termo “aperreio”, este é muito utilizado na Região do Nordeste do Brasil. Segundo o dicionário Houaiss (2009), este termo significa, basicamente, um estado de sujeição, opressão, apoquentação, apuro e dificuldade.

A revisão de artigos empíricos, realizado por Mendes, Loureiro e Crippa (2008) sobre o impacto da depressão materna na saúde mental de crianças em idade escolar, constataram que, independentemente dos delineamentos dos estudos, os resultados demonstraram o impacto negativo que tal psicopatologia materna exerce sobre a saúde mental dos filhos, favorecendo a presença de problemas comportamentais, sintomas depressivos, baixa capacidade cognitiva, prejuízos no desempenho social, na regulação emocional e no autoconceito, independentemente do momento da primeira exposição à depressão materna, configurando-se, assim, um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

A literatura aponta que as mães depressivas ao estarem mais voltadas para si próprias, absorvidas por suas preocupações, acabam por serem emocionalmente menos disponíveis para as suas crianças (SILK; SHAW; FORBES; LANE; KOVACS, 2006a; FRANCISCO et al., 2007). Características próprias do quadro depressivo dificultam a provisão das necessidades psicossociais dos filhos (PIRES, 1990) e afetam a qualidade da interação diádica (LUOMA et al., 2001; RAMOS; FURTADO, 2007) e a organização do ambiente familiar, favorecendo problemas comportamentais das crianças.

Nesse sentido, Silk, Shaw, Skuban, Oland e Kovacs (2006b) destacam que as mães depressivas, por apresentarem limitações em suas próprias habilidades de regulação emocional, não dispõem dos recursos necessários para a modelagem de comportamentos mais adaptativos de suas crianças. De modo semelhante, Webster-Stratton (1988), Pires (1990), Frizzo e Piccinini (2005), Silk et al. (2006a), Ramos e Furtado (2007) e Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan e Steinberg (2009), destacam que as mães depressivas tendem a apresentar

menos capacidade de interagir com seus filhos de forma adaptativa, são menos responsivas e tendem a estabelecer comportamentos de intrusividade, hostilidade ou de retraimento com suas crianças, gerando um ambiente menos estimulador e tornando restritiva a oportunidade ao desenvolvimento infantil.

Alguns estudos mostram que as mães com indicadores clínicos para a depressão relataram mais sentimentos e impressões negativas com relação a suas crianças, punem mais de forma inconsistente seus filhos e demonstram menor satisfação com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro ou de outras pessoas do seu convívio, quando comparadas as mães sem este quadro clínico (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; CID; MATSUKURA, 2010; LILJA; EDHBORG; NISSEN, 2012).

Características da mãe com depressão materna são documentadas na literatura. Mães deprimidas tendem a perceber seus filhos como mais difíceis e irritadiços (BLACK; BAQUI; ZAMAN; ARIFEEN; BLACK, 2009). Dados apontam para uma vinculação mais insegura com a mãe por não haver um investimento na relação, têm mais dificuldades em reagir de forma adaptativa diante de situações estressantes da vida e são mais indiferentes à expressão depressiva da mãe (GOODMAN; GOTLIB, 1999; RIGHETTI-VELTEMA; BOUSQUET; MANZANO, 2003). Em estudo realizado por Jones, Field e Davalos (2000) revelou que mães deprimidas atribuíram escores mais elevados de problemas de comportamentos para seus filhos quando responderam ao Child Behavior Checklist (CBCL) do que as mães do grupo não deprimidas, indicando mais problemas de comportamentos externalizantes, ansiedade, transtorno de conduta, hiperatividade e impulsividade, quando as crianças tinham a faixa etária média de quatro anos de idade.

Confirmando a hipótese da depressão materna influenciar o relato das mães, Gartstein, Bridgett, Dishion e Kaufman (2009) compararam o relato das mesmas com os de professores, sobre os comportamentos externalizantes e internalizantes de suas crianças. Os

autores constataram que os relatos das mães e professores são concordantes em relação a identificar mais sintomas externalizantes para o sexo masculino em comparação com o feminino. Não obstante, detectaram distorção no relato das mães, sendo que, as que apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos, mais problemas internalizantes e externalizantes para os meninos e internalizantes para as meninas foram relatados.

Na direção de tais achados, Francisco et al. (2007) construíram um modelo de comportamento parental de mães deprimidas. Identificaram em seu estudo que as mães com esta sintomatologia são pouco sensíveis e respondem de maneira inadequada aos sinais de seus filhos. Isto vai ao encontro do já estipulado nos estudos de Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi e Okeniyi (2008), Santos et al. (2010) e Fonseca, Silva e Otta (2010), ao referirem que a depressão pode influenciar a mãe na capacidade de oferecer os cuidados básicos para a saúde de seus filhos. No entanto, as conclusões a que Francisco et al. (2007) chegaram são contrárias às postuladas pela maioria dos estudos (Silk et al., 2006b; Fraga et al., 2008a), pois apesar de uma indisponibilidade inicial estas mães não se afastam de suas crianças, pelo contrário, com o intuito de reparar sentimentos de culpa, elas acabam por estabelecer com a criança uma relação de proximidade e exclusividade, são mais permissivas e protetoras, o que implica o não estabelecimento de regras e limites e autonomia comportamental de suas crianças.

A depressão materna tem sido considerada uma condição pouco favorecedora ao desenvolvimento infantil, mostrando-se associada a vários problemas comportamentais e emocionais, com manifestações diversas para meninos e meninas em idades diferentes (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; MIAN et al., 2009). A literatura aponta que, durante a fase pré-escolar e nos anos escolares, os meninos apresentam mais problemas de comportamento e de conduta do que as meninas, enquanto que na fase da adolescência as moças apresentam mais prejuízos na regulação emocional com manifestações de

comportamentos internalizantes e depressivos quando comparadas aos rapazes (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; JENKINS; CURWEN, 2008; LOOSLI; LOUREIRO, 2010).

Constata-se, com base em estudos diversos, que as crianças que convivem com a depressão materna, pós parto ou não, apresentam alta propensão a sofrerem de distúrbios psicológicos, inclusive de depressão, com diferentes níveis de severidade (ELGAR et al., 2004; BURT et al., 2005; CORTES et al., 2006; KISS et al., 2007; LOOSLI; LOUREIRO, 2010; SINGH et al., 2011), maior risco de apresentar alterações da atividade cerebral (CARLESSO; SOUZA, 2011), dificuldades diversas no funcionamento adaptativo quando comparados com a população em geral (MIAN et al., 2009), baixo repertório de habilidades sociais e maiores déficits cognitivos (ESSEX et al., 2006), autoconceito negativo, problemas de conduta e prejuízos na regulação emocional (MIAN et al., 2009). Confirmando tais evidências, Brum e Schermann (2006) e Carlesso e Souza (2011) em revisão da literatura sobre impacto da depressão materna na interação mãe-filho, constataram que tal transtorno materno afeta o desenvolvimento infantil, apontando para a ocorrência de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral.

Além disso, crianças filhas de mães depressivas, são mais susceptíveis a perturbações do sono, a risco de infecções, a desnutrição e a comprometimento com o crescimento, expresso no baixo peso e altura para a idade (MARCUS, 2009; SANTOS; MATIJASEVICH; DOMINGUES; BARROS; BARROS, 2010; SURKAN; KENNEDY; HURLEY; BLACK, 2011; HUSAIN; CRUICKSHANK; TOMENSON; KHAN; RAHMAN, 2012; NASREEN; KABIR; FORSELL; EDHBORG, 2013). É característico destas crianças um choro mais frequente e menos sorrisos, para além de uma menor interação corporal e comunicação visual e vocal (RIGHETTI-VELTEMA; CONNE-PERRÉARD; BOUSQUET; MANZANO, 2002; SCHWENGBER; PICCININI, 2004).

Em um estudo transversal, Pilowsky et al. (2006) verificaram a prevalência de distúrbios psiquiátricos em crianças filhas de mães com depressão atual mediante comparação intragrupos. Verificou-se que 34% das crianças apresentavam algum transtorno psiquiátrico atual, estando a depressão infantil em 10% da população estudada. Entre as crianças com o diagnóstico de depressão, 50% apresentaram como comorbidade a ansiedade, enquanto 31% problemas de conduta. Ressaltaram que as crianças filhas de mães com depressão associada à presença de comorbidades estão em risco aumentado para uma variedade de sintomas comportamentais e emocionais, bem como, dificuldades diversas no funcionamento adaptativo. De modo semelhante, Fritsch et al. (2007) observaram que a depressão materna estava associada a uma alta prevalência de sintomatologia psiquiátrica em crianças. Por meio dos instrumentos Child Behavior Check-List (CBCL) e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica para Crianças e Adolescentes (EBA-NA) constataram que os filhos de mães deprimidas apresentavam 62,2% de sintomas ansiosos e 25,9% de sintomas depressivos, ambos para a classificação clínica. No mesmo sentido, Pagani, Japel, Vaillancourt, Côté, e Tremblay (2008) em um estudo longitudinal com uma amostra de crianças pré-escolares não clínica, que conviviam com mães depressivas identificaram níveis persistentemente elevados de comportamento ansioso com uma tendência para o aumento em meninos quando comparados as meninas. Sugeriram que o comportamento muito ansioso da criança pode ser explicado em partes, por características maternas e da família.

Em relação aos aspectos cognitivos, Sohr-Preston e Scaramella (2006) constataram, em pesquisa de revisão bibliográfica, riscos de atrasos cognitivos e de linguagem em crianças cujas mães apresentam sintomatologia depressiva crônica. Em estudo empírico realizado por Martins (2011), os aspectos cognitivos foram avaliados em dois grupos distintos, sendo um com crianças cujas mães sofreram depressão nos três primeiros anos de vida dos seus filhos e outro, composto por crianças cujas mães não sofreram depressão nem outro transtorno

psiquiátrico nos primeiros três anos de vida dos seus filhos. A identificação das mães com indicadores de depressão foi feita de forma retrospectiva, através do questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) e a confirmação diagnóstica através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I/Versão Clínica). As mães também responderam igualmente ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) relativo ao comportamento dos seus filhos. Para a análise do sucesso escolar, foi feito um levantamento das notas nas disciplinas de Português e Matemática. Por fim, realizou-se uma avaliação psicológica das crianças através do teste WISC-III. O autor observou que as crianças que conviveram com a depressão nos três primeiros anos de vida, apresentam piores notas nas disciplinas avaliadas e maiores problemas na adaptação escolar. Relativamente ao Quociente de Inteligência foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da escala, com desempenho cognitivo global inferior. De acordo com a avaliação feita pelas mães, estas crianças manifestam maiores dificuldades na regulação emocional e apresentam menores habilidades pró-sociais.

A relação entre os sintomas depressivos maternos e o desenvolvimento infantil nas áreas cognitivas e comportamentais foi investigada por Letourneau, Tramonte e Willms (2013). Constataram que os filhos de mães que apresentam indicadores para depressão têm aumento do risco de apresentar um baixo vocabulário receptivo, desatenção e agressividade nas idades de quatro e cinco anos. Os autores consideraram que esses achados estão parcialmente relacionados a fatores demográficos, funcionamento familiar e parentalidade. Concluíram que as crianças expostas aos sintomas depressivos maternos aos dois e três anos de idade podem apresentar ansiedade aos 10 e 12 anos de idade.

Considerando que a depressão é um transtorno mental geralmente recorrente, a presença da depressão materna, além de afetar a saúde e o bem-estar da mãe, pode repercutir negativamente no funcionamento dos demais membros da família, inclusive na interação da

díade mãe-criança (ELGAR et al., 2004; FRIZZO; PICCININI, 2005; PARSONS; YOUNG; ROCHAT; KRINGELBACH; STEIN, 2011), favorecendo efeitos negativos sobre os aspectos psicossociais relacionados ao período de desenvolvimento em que a criança se encontra (LIKIERMAN, 2003). Enquanto, os filhos de mães deprimidas estão em riscos aumentados de apresentar problemas de ajustamento, por outro lado, a vida de uma criança com distúrbios emocionais e comportamentais influencia o funcionamento materno e possivelmente aumenta o risco de agravar a sintomatologia depressiva materna (ELGAR et al., 2004). Deste modo, a depressão materna está relacionada com aumento de conflito conjugal, apego conjugal inseguro, perturbações no clima emocional familiar, menor afeto e apoio parental, estratégias disciplinares mais controladoras e intrusivas e vários problemas de ajustamento infantil (CUMMINGS; KELLER; DAVIES, 2005; CORTES et al., 2006; SILK et al., 2006b).

Tendo em vista que na maioria das culturas a mãe exerce o papel de cuidadora principal dos filhos, os problemas de ordem emocionais, como a depressão vivenciada pela mãe são fatores de risco na interação diádica, podendo influenciar significativamente a maneira como recebe e cuida da criança (AMARAL, 1997; SOUZA; PRADO; PICCININI, 2011).

Em concordância com tais achados, Gartstein e Fagot (2003) abordaram os processos e mecanismos que podem ser responsáveis para o aumento de risco de problemas de comportamentos em crianças de idade pré-escolar. A avaliação incluiu a sintomatologia da depressão e os fatores do processo de parentalidade, tais como parentalidade coercitiva, ajustamento conjugal/familiar e orientações cognitivas. O estudo mostrou que as mães que experimentam sintomas depressivos tendem a envolver-se em interações coercitivas com seus filhos, são mais críticas, emitem diretivas físicas ineficazes e orientação cognitiva insuficientes. Constataram que os pais que percebiam seus casamentos como insatisfatórios e conflituosos eram mais suscetíveis a expressão da negatividade e percebiam seus filhos com

níveis mais elevados de problemas de comportamento. Não obstante, concluíram que esses comportamentos parentais podem ser preditores de comportamentos externalizantes em crianças.

Considerando os fatores biológicos, Motta, Lucion e Manfro (2005) em uma revisão sistemática sobre os efeitos da depressão materna no desenvolvimento neuropsicológico da criança, encontraram diversos estudos que identificaram a presença de alterações na assimetria frontal no eletro-encefalograma em crianças filhas de mães com depressão pós-parto em diversas fases do desenvolvimento. Confirmando tais evidências, Jones, Field e Davalos (2000) e Forbes et al. (2006) em um estudo longitudinal, identificaram associação entre assimetria frontal no eletro-encefalograma e problemas de comportamento internalizantes (ansiedade/depressão) e externalizantes (agressividade) em filhos de mães com sintomatologia depressiva.

Confirmando os resultados dos estudos relatados acima, Romano, Tremblay, Farhat e Côté (2006) em uma pesquisa longitudinal identificaram diferentes trajetórias do desenvolvimento de sintomas de hiperatividade em crianças de dois a sete anos e 11 meses. Por meio dos instrumentos Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) e Child Behavior Checklist (CBCL) encontraram como preditores estatisticamente significativos para a hiperatividade os sintomas de depressão materna e o sexo masculino da criança. Identificaram que as crianças filhas de mães deprimidas apresentavam duas vezes mais propensão a ter elevado e persistente sintomas de hiperatividade do que as crianças filhas de mães não deprimidas. Destacaram ainda, que os meninos eram duas vezes mais propensos para estar no grupo de alta e persistência na trajetória da hiperatividade do que as meninas. Em concordância a tais achados, Boyle e Pickles (1997) constataram em seu estudo, associação significativa entre depressão materna e problemas de hiperatividade em crianças

de cinco a 12 anos de idade e, na faixa etária de 12 a 16 anos, a depressão das mães estava associada a problemas de conduta.

Outro estudo a ser destacado sobre a Psicopatologia em crianças que convivem com mães deprimidas é a pesquisa de Burt et al. (2005), realizada com uma amostra de crianças pré-escolares, escolares e adolescentes não clínicos expostos à pobreza. Os pesquisadores avaliaram o papel mediador do ambiente familiar na relação entre sintomas depressivos maternos e psicopatologia em crianças e adolescentes. As medidas incluíram os inventários de depressão Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e Beck Depression Inventory (BDI) para a identificação da sintomatologia depressiva nas mães e o Child Behavior Checklist (CBCL) e Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, versão infantil (K-SADS) para a identificação de problemas comportamentais e afetivos nas crianças. Identificaram que os fatores do ambiente familiar foram considerados mediadores da relação entre depressão materna e psicopatologia nos adolescentes apenas para as famílias de meninos, não sendo detectados efeitos desta mediação para as meninas da amostra. Concluíram que o impacto da relação entre depressão materna e psicopatologia na adolescência era maior para as moças do que para os rapazes.

Considerando apenas os problemas de comportamentos externalizantes, Miner e Clarke-Stewart (2008) investigaram diferenças na trajetória destes comportamentos em crianças de seis meses até nove anos de idade, em uma amostra normativa dos Estados Unidos, segundo o relato de mães e professores e compararam a diversas variáveis preditoras, incluindo a depressão materna. Os relatos maternos de comportamentos externalizantes de suas crianças foram baseados no Child Behavior Checklist (CBCL) nas versões 2-3 e 4-18. Quando as crianças tinham seis meses às mães responderam ao Infant Temperament Questionnaire, para as crianças mais velhas os professores preencheram o formulário de relatório para professor do CBCL (C-TRF e TRF) e para a identificação dos sintomas

depressivos maternos as mães preencheram a escala Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale). Os resultados apontaram diferenças de gênero segundo relato dos professores, que identificaram que os meninos apresentavam mais problemas de comportamentos externalizantes do que as meninas aos nove anos. Com relação ao relato da mãe, nenhuma diferença de gênero foi observada, não obstante estas referiram mais comportamentos externalizantes do que os professores.

O impacto de indicadores de riscos familiar, incluindo os sintomas depressivos maternos e os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes em crianças foram investigados por Essex et al. (2006) em um estudo longitudinal, que abordou o período pré-escolar e escolar. Os autores identificaram maior prejuízo na competência social no período pré-escolar e subsequentes comprometimentos sociais e acadêmicos durante a transição para a fase escolar, o que aumenta os riscos do desenvolvimento de sintomas mais graves de saúde mental aos nove anos de idade. Ainda, identificaram diferenças entre os gêneros relativas apenas aos recursos, sendo que as meninas apresentaram mais comportamentos pró-sociais que os meninos durante a fase de transição do período pré-escolar para o escolar, sugerindo que a direcionalidade de sintomas em parte pode estar associada aos papéis sociais vigentes para os gêneros.

Dados divergentes foram encontrados na pesquisa de Blatt-Eisengart et al. (2009) referentes as diferenças de gênero na relação entre sintomas depressivos maternos e problemas de comportamento externalizantes em crianças de dois a sete anos de idade, de uma amostra comunitária. Os resultados apontaram que, aos dois anos de idade, a depressão materna foi preditora de sintomas externalizantes para os meninos de maneira mais acentuada do que para as meninas. Não obstante, detectaram que essa relação diminui para os meninos com o passar do tempo, dos dois anos até os sete anos, e tornou-se mais predominante em meninas, sugerindo que os meninos mais novos e as meninas mais velhas, podem ser mais

afetados pela depressão materna, apresentando problemas de comportamento externalizantes. Afirmaram ainda que meninos e meninas podem ser diferencialmente sensíveis aos sintomas da depressão materna em idades diferentes e de diversas formas.

A associação entre a história de depressão materna e a assimetria eletroencefalograma frontal e o comportamento de crianças entre três e nove anos de idade foi descrita por Forbes et al. (2006). Para a investigação dos dados, os pesquisadores utilizaram o SCID para os sintomas maternos e o CBCL e BDI para avaliar o comportamento de crianças entre três e nove anos de idade. De acordo com os resultados, as crianças do grupo de mães com depressão apresentaram problemas de ansiedade/depressão e agressividade. Constataram também, que a assimetria frontal esquerda em combinação com a depressão foi associada a problemas relacionados à ansiedade/depressão e agressividade entre os meninos. Os resultados sugerem que a depressão materna é uma influência para a criança quando as mesmas exibem dificuldades com a regulação afetiva, quer em termos de características fisiológicas ou comportamentais.

Nesta mesma perspectiva, Leve, Kim e Pears (2005) examinaram variáveis temperamentais de crianças de cinco, sete, 10, 14 e 17 anos de idade e variáveis ambientais, tais como a depressão materna, disciplina materna e ajustamento conjugal, para o desenvolvimento de comportamentos internalizantes e externalizantes em crianças. Constataram que a depressão materna e variáveis temperamentais da criança previram comportamentos internalizantes para ambos os sexos, com indicativos de aumento destes comportamentos para as meninas ao longo do tempo, enquanto que os meninos mantiveram-se bastante estável. Com relação ao comportamento externalizante, observaram que a depressão materna e a disciplina severa surgiram como um preditor significativo na adolescência para os meninos, quando acompanhada por uma vulnerabilidade do indivíduo. Concluíram que as meninas são mais vulneráveis a ambientes que possuem várias

características reativas ou insurgentes (tais como, disciplina severa, desajustamento conjugal e distúrbio emocional materno) quando comparada aos meninos.

Diversos estudos apontam a presença de problemas tanto internalizantes quanto externalizantes em crianças que convivem com a depressão materna (FOSTER et al., 2008, MIAN, et al., 2009; LOOSLI; LOUREIRO, 2010). Por outro lado, a literatura aponta que os sintomas depressivos maternos podem influenciar no relato de mais problemas de comportamento para as crianças do que realmente elas apresentam, sugerindo que a percepção das mães pode estar distorcida em função de sua sintomatologia (NAJMAN et al., 2001).

Expectativas negativas maternas e percepções de problemas infantis foram examinadas por Luoma, Kaukonen, Mäntymaa, Puura, e Tamminen (2004) em um estudo longitudinal. Os autores utilizaram uma amostra de 119 díades mãe-criança que foram acompanhadas desde o terceiro trimestre da gestação até a idade entre oito e nove anos. As percepções de problemas infantis foram avaliados utilizando-se os instrumentos Neonatal Perception Inventory (NPI) e Child Behavior Checklist (CBCL) e, a depressão materna, pela Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Constataram que as relações entre os sintomas depressivos da mãe e as percepções de problemas em seu filho são variáveis e perceptíveis ao longo do tempo. Os autores identificaram que as expectativas negativas da mãe durante a gravidez e as percepções negativas iniciais no pós-parto estavam associadas com níveis elevados de problemas para as idades de quatro e cinco anos, prevendo alto nível de percepção de problemas para as idades de oito e nove anos.

Ao examinarem a associação entre sintomas depressivos maternos e a presença de problemas emocionais e comportamentais das crianças, em diferentes estágios de desenvolvimento, Luoma et al. (2001) constataram que as mães sintomáticas, comparativamente às não sintomáticas, relataram mais problemas de comportamento e de baixa competência com relação aos seus filhos, nas diferentes fases do desenvolvimento. Com

relação ao gênero, as mães sintomáticas apontaram mais problemas externalizantes para os meninos e internalizantes para as meninas.

De modo semelhante, Fossum, Morch, Handegard e Drugli (2007), compararam o relato de mães, pais e professores em uma amostra de 127 crianças com transtorno de conduta ou transtorno oposicional desafiante e seus familiares. Não constataram diferenças de gênero nos relatos dos pais e das mães, porém identificaram tais diferenças nos relatos dos professores, que indicaram os meninos como mais agressivos e menos competentes socialmente do que as meninas.

Reações empáticas aos estímulos indutores de emoção foram avaliadas por Jones, Field e Davalos (2000) em um estudo longitudinal com 55 crianças e suas mães, com e sem diagnóstico para a depressão. As mães responderam a uma entrevista e ao instrumento CES-D quando seus filhos eram recém-nascidos. Quando as crianças encontravam-se no período pré-escolar, as mães completaram os instrumentos CES-D, CBCL e um questionário sociodemográfico. Para investigarem as reações empáticas das crianças, as mães foram convidadas a fingir aflição (chorar) por dois minutos. Constataram que as crianças do grupo de mães deprimidas exibiram menos comportamentos empáticos durante simulação de sofrimento de suas mães, além de mostrarem menos carinho. Os autores sugeriram que o comportamento destas crianças quando confrontada com a angústia materna, ou seja, o não perguntar sobre a origem ou tentar ajudar a mãe a resolver o problema poderia ser interpretado como uma forma sutil de agressão dissimulada.

Diante dos achados literários, entende-se que os sintomas emocionais maternos, como a depressão, são fatores de risco que podem influir significativamente a saúde mental da criança e prejudicar seu desenvolvimento adaptativo, favorecendo a presença de problemas comportamentais, psicopatologia infantil, déficit cognitivo, prejuízos no autoconceito, no desempenho social e acadêmico, bem como, na regulação emocional das mesmas.

2.2 Ansiedade materna e suas repercussões no desenvolvimento infantil

Os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos, de acordo com Hicks, Cummings e Epstein (2010) são comuns e frequentes na população em geral, com taxas de prevalência de duas mulheres para um homem. É frequentemente, concomitante com outros problemas de ordem afetiva, principalmente com a depressão (AIRES-CONÇALVES; COELHO, 2005; FIORAVANTI; SANTOS; MAISSONETTE; CRUZ; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2006; CORREIA; LINHARES, 2007; ROY-BYRNE et al., 2008). Apesar da associação comum aos quadros depressivos, nem todas as pessoas ansiosas são deprimidas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

De acordo com Kessler, Chui, Demler, Merikangas e Walters (2005), o transtorno de ansiedade possui uma prevalência estimada de 28,8% ao longo da vida e de 18,1% em um ano na população geral. No Brasil, constata-se uma acentuada carência de dados epistemológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica da população, principalmente quando se refere aos quadros de ansiedade. Pesquisa realizada na grande São Paulo constatou as seguintes estimativas para tal transtorno: 12,5% ao longo da vida, 7,7% ao ano e 6% ao mês (ANDRADE; WALTERS; GENTIL; LAURENTI, 2002).

A ansiedade corresponde a um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos que faz parte do espectro normal das mudanças e das experiências humanas. Os componentes psicológicos abrangem as sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, pensamentos dominados por ideias de catástrofes ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília e alerta, irritabilidade, incapacidade de concentração, esquecimento e falta de atenção, enquanto que os fisiológicos abarcam a sensação de constrição respiratória, aumento na frequência cardíaca, insônia, sudorese, boca seca, náusea, vômito, diarreia, irregularidades menstruais, cólicas intestinais, tremor e inquietação e uma

variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (WEISSMAN, 1988; AIRES-CONÇALVES; COELHO, 2005; HICKS; CUMMINGS; EPSTEIN, 2010).

Diante de situações adversas ou desagradáveis o organismo sofre um desequilíbrio respondendo de forma biológica e comportamental ao fator estressante. Destarte, atribui-se ao estresse uma grande responsabilidade pelo surgimento do transtorno de ansiedade (MARGINS; PICON; COSNER; SILVEIRA, 2003).

A ansiedade normal, segundo Oliveira (1999) é uma reação necessária do organismo humano, tendo como finalidade proteger ou criar reação a qualquer estímulo. Porém, pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um motivo específico para o seu aparecimento, tornando o indivíduo incapacitado orgânica, psicológica, social e profissionalmente, influenciando o cumprimento das atividades cotidianas incluindo aquelas relacionadas ao papel materno.

Além da distinção normal e patológica da ansiedade, Biaggio e Natalício (1979) conceituam dois tipos de ansiedade: estado e traço. A ansiedade-estado (A-Estado) está ligada a um momento, evento ou situação particular, causando uma condição emocional transitória no indivíduo, que se caracteriza pelo aumento subjetivo da tensão e apreensão conscientemente percebidas, e por alterações fisiológicas decorrentes do aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Já a ansiedade-traço (A-Traço) está relacionada a características da personalidade do indivíduo, representando o modo como esse reage diante de situações ansiogênicas ou de conflito ao longo de sua vida.

Os principais fatores predisponentes para o surgimento de um transtorno de ansiedade são os estressores na infância e um histórico familiar de ansiedade. Outras causas incluem uma reação psicológica de ter uma história pessoal ou familiar de doença médica ou

outro estressor de vida, o efeito direto de uma substância ou de retirada de substâncias e os efeitos biológicos de uma doença médica (HICKS; CUMMINGS; EPSTEIN, 2010).

De acordo com Conde e Figueiredo (2003) e Ferreira et al., (2009) os fatores ansiogênicos podem interferir negativamente nos aspectos cognitivos do indivíduo, bem como, no processo de aprendizagem, atenção e concentração, diminuindo assim, a aquisição de habilidades.

Os quadros de ansiedade são muito frequentes e deletérios à mulher em idade reprodutiva, sem companheiros (CLAVARINO et al., 2010), com maior número de situações geradoras de estresse, com maior número de filhos vivos, com o nascimento de uma criança com problemas determinados pela prematuridade, alguma doença ou malformações (BHAGWANANI; SEAGRAVES; DIERKER; LAX, 1997; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008a; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008b; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; PEROSA; CANAVEZ; SILVEIRA; PADOVANI; PERAÇOLI, 2009; PADOVANI; CARVALHO; DUARTE; MARTINEZ; LINHARES, 2009; CRESTANI et al., 2012; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012), com baixa escolaridade, com menor nível socioeconômico (WEISSMAN, 1988; BRITTON, 2008; GUIDOLIN; CÉLIA, 2011) e falta de apoio social (AKTAN, 2012).

Poucos estudos retratam o fenômeno da ansiedade materna e suas implicações para o desenvolvimento infantil, principalmente em crianças do período da pré-escola, faixa etária da pesquisa apresentada. A maioria das investigações nesta área centra-se, contudo, no estudo do impacto da ansiedade materna no período gestacional e suas implicações para o desenvolvimento físico e psicológico da criança, desde o desenvolvimento fetal até a idade da adolescência.

Nos últimos anos, houve grande desenvolvimento de pesquisas voltadas para a psicopatologia depressiva materna, principalmente a puerperal, avaliando sua etiologia, evolução, prevalência e impactos no desenvolvimento infantil, enquanto que a ansiedade materna foi largamente ignorada. Assim como na depressão, a ansiedade materna de modo combinado ou isolado pode ocasionar efeitos deletérios de longa duração para o desenvolvimento infantil (FLORES et al., 2012).

A literatura aponta que altos níveis de ansiedade materna na fase pré e pós-natal podem trazer implicações adversas na saúde e bem-estar da mãe, bem como, prejuízos ao desenvolvimento fetal e problemas emocionais, cognitivos e comportamentais ao longo de todas as etapas do ciclo de vida para os filhos (VAN DEN BERGH; MULDER; MENNES; GLOVER, 2005b; CORREIA; LINHARES, 2007; BRAND; BRENNAN, 2009). Os altos níveis de ansiedade materna foram associadas com alterações neurofisiológicas, dificuldades de atenção e memória (CLAVARINO et al., 2010; BATENBURG-EDDES et al., 2013), com transtornos de ansiedade e depressão (VAN DEN BERGH; CALSTER; SMITS; HUFFEL; LAGAE, 2008; KERNS; SIENER; BRUMARIU, 2011), com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (VAN DEN BERGH et al., 2005b), déficits cognitivos (LOOMANS et al., 2012), com temperamento difícil (MCMAHON; BARNETT; KOWALENKO; TENNANT; DON, 2001), baixo desempenho psicomotor (GRANT et al., 2010), com problemas de comportamento (VAN DEN BERGH; MARCOEN, 2004; BRUIJN; BAKEL; BAAR, 2009) e, com doenças e baixo peso no primeiro ano de vida da criança (ALLEN; LEWINSOHN; SEELEY, 1998; CLAVARINO et al., 2010).

Em estudo longitudinal prospectivo, Loomans et al. (2012), examinaram a relação entre a ansiedade materna durante a gravidez e os aspectos específicos do funcionamento cognitivo de crianças com cinco anos de idade. A ansiedade materna pré-natal foi mensurada pelo inventário IDATE, onde somente a subescala „estado“ foi usada em torno da 16ª semana

de gravidez. O funcionamento neurocognitivo das crianças foi examinado por uma bateria psicométrica informatizada, que consistia em dois tipos de tarefas: uma tarefa de tempo de reação simples (medida de processamento de velocidade), que exigia o mínimo esforço cognitivo e uma tarefa de tempo de reação complexa (tarefa de escolha - de respostas aleatórias e de padrão de reação invertida). Análises de regressão múltipla na amostra total (n=922) mostraram que a ansiedade pré-natal foi positivamente relacionada à variabilidade intra-individual da criança em tarefa de tempo de reação simples. Em uma subamostra (n=100) das mulheres com escores de ansiedade-estado acima do percentil 90, os pesquisadores constataram que a ansiedade pré-natal foi positivamente associada com a média de tempo de reação e variabilidade intra-individual no tempo de reação nos ensaios incompatíveis da tarefa de tempo de reação de escolha. Além disso, os pesquisadores encontraram nesta amostra de mães altamente ansiosas uma associação positiva significativa em meninos, mas não em meninas. Conforme resultados, os autores sugeriram que apenas altos níveis de ansiedade pré-natal influenciam profunda e a longo prazo o funcionamento cognitivo das crianças.

A ansiedade materna durante o período gestacional e pós natal tem efeitos no comportamento de atenção de crianças. Considerando tal sintomatologia, Clavarino et al. (2010) examinaram a ansiedade materna nestes dois períodos e suas influências no comportamento de crianças aos cinco e 14 anos de idade. Os pesquisadores avaliaram 3.982 díades mãe-criança nascidas em Brisbane entre 1981 e 1983. Utilizaram medidas de auto-relato para a identificação de ansiedade materna e uma subescala do Child Behavior Checklist (CBCL 5/14) para a verificação de problemas de atenção na criança. Os resultados apontaram que as crianças de mães que experimentam ansiedade no pré e pós natal têm maior risco de sofrer problemas de atenção aos cinco e 14 anos de idade. Após o ajuste para idade da mãe e sexo da criança, a ansiedade pré-natal está fortemente associada com problemas de atenção

persistentes (OR = 3.65, 95% CI = 2.19, 6.07). Os autores constataram que as crianças com mães cronicamente ansiosas são 5,67 (95% CI = 3.56, 9.03) vezes mais propensas a ter problemas de atenção persistentes do que as crianças cujas mães nunca experimentaram ansiedade.

Queixas emocionais maternas, como a ansiedade e problemas comportamentais internalizantes e externalizantes da criança foram investigados por Bruijn, Bakel e Baar (2009). Para a investigação dos sintomas de ansiedade materna foi utilizado o inventário IDATE e para os sintomas de depressão a Escala de Depressão de Edinburgo (EPDS) em cada trimestre da gravidez. Quando suas crianças (227 meninos e 217 meninas) tinham entre 14 e 54 meses de idade, as mães relataram novamente seus sentimentos atuais de ansiedade e depressão, bem como os problemas comportamentais de seus filhos, por meio do Child Behavior Checklist - CBCL. De acordo com os resultados, as queixas emocionais materna pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação foram associadas com problemas de comportamentos internalizantes em meninos, enquanto que as queixas emocionais materna durante o terceiro trimestre foram associadas com problemas internalizantes e externalizantes em meninas. Os autores sugerem que a constatação de problemas externalizantes em meninas em contraste com os meninos após exposição a queixas emocionais materna pré-natal pode estar relacionada com os níveis do hormônio testosterona.

Numa mesma perspectiva, problemas comportamentais em crianças de cinco anos de idade, cujas mães apresentaram sintomas de ansiedade durante o pré-natal foram investigados por Loomans et al., (2011). A ansiedade materna foi avaliada pelo inventário IDATE em torno da 16ª semana de gestação. Cinco anos depois 3.446 mães e 3.520 professores avaliaram os problemas de comportamento e comportamentos pró-sociais de 3.758 crianças, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Conforme análise de regressão múltipla, os pesquisadores constataram que os filhos de mães que relataram níveis mais

elevados de ansiedade durante a gravidez mostraram mais problemas de comportamento, tais como, déficit de atenção e hiperatividade, problemas emocionais, problemas de relacionamento com os colegas, problemas de conduta e menos comportamentos pró-sociais. As análises revelaram uma interação significativa entre a ansiedade materna pré-natal e o gênero da criança. Identificaram que nos meninos, a exposição à ansiedade materna pré-natal foi associada com o aumento de problemas de comportamento global em relação às meninas. Além disso, a ansiedade materna pré-natal foi significativamente relacionada com o aumento de problemas de déficit de atenção e hiperatividade nos meninos, enquanto não era o caso das meninas. Quando o comportamento da criança foi avaliado por seus professores da escola primária, apresentaram mais problemas de comportamento global e menos comportamentos pró-sociais em relação à ansiedade pré-natal. Enquanto que na avaliação das mães, as crianças apresentaram mais problemas relacionados à hiperatividade, desatenção e conduta e mais comportamentos pró-sociais quando comparado ao relato dos professores.

Para testar a hipótese de que a ansiedade materna pré-natal pode prever problemas comportamentais e emocionais em crianças com quatro anos de idade, O'Connor, Heron, Golding, Beveridge e Glover (2002) avaliaram 7.448 díades em diferentes momentos. Os dados sobre a ansiedade e depressão materna foram coletados no período pré-natal na 18ª e 32ª semanas de gestação e em oito semanas, oito meses, 21 meses e 33 meses após o parto. Os dados sobre os problemas comportamentais e emocionais das crianças foram coletados 47 meses após o nascimento. As mães que foram identificadas com alto nível de ansiedade em 18 e 32 semanas de gestação, tiveram de duas a três vezes mais probabilidade de ter uma criança com problemas comportamentais e/ou emocionais, mesmo quando os efeitos de vários relatórios pós-natal de ansiedade foram controlados estatisticamente. As mães que apresentaram elevada ansiedade em 32 semanas de gestação tinham até duas vezes mais chances de ter um filho com acentuado problemas comportamentais e/ou emocionais aos

quatro anos de idade, independente do sexo da criança (OR= 2,14 para meninos e OR= 1,88 para meninas). Constataram também, que os níveis mais elevados de ansiedade no final da gravidez estavam significativamente associados à hiperatividade/desatenção em meninos aos quatro anos de idade. Dados obtidos em uma revisão sistemática da literatura realizada por Correia e Linhares (2007) corroboram com estes achados. Os autores constataram que a ocorrência de altos níveis de ansiedade materna na fase pré-natal foi associada à maior número de complicações obstétricas, prejuízos no desenvolvimento fetal e problemas de ordem emocional e comportamental em crianças aos quatro anos de idade e na fase da adolescência.

Na direção de tais achados, O'Connor, Heron, Golding e Glover (2003) avaliaram os problemas comportamentais e emocionais de crianças com idade entre 47 e 81 meses, cujas mães apresentaram sintomas ansiogênicos no período gestacional. As mães responderam o inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Para avaliar problemas comportamentais e emocionais das crianças, as mães responderam ao Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Os resultados indicaram que as crianças cujas mães apresentaram altos níveis de ansiedade pré-natal exibiram taxas elevadas de problemas comportamentais e emocionais aos 81 meses de idade, depois de controlar as variáveis de riscos obstétricos, desvantagem psicossocial e ansiedade e depressão pós-natal. Os meninos exibiram taxas de 2,94 para problemas totais, 2,49 para hiperatividade, 2,58 para problemas emocionais e 2,48 para problemas de conduta, enquanto que as meninas apresentaram 3,24 para problemas totais, 2,70 para hiperatividade, 2,41 para problemas emocionais e 2,69 foram associados com os problemas de conduta. Os resultados mostraram que o efeito da ansiedade materna pré-natal é consistentemente associado com os sintomas de hiperatividade, problemas emocionais e de conduta na criança. Para meninos e meninas, o efeito da ansiedade no final da gravidez continuou a ser significativamente

associados com os problemas comportamentais e emocionais aos 81 meses de idade. De acordo com o modelo de previsão, os pesquisadores constataram que altos níveis de ansiedade materna pré-natal previram um aumento de 60% de probabilidade de problemas comportamentais e emocionais mais tarde em meninos, enquanto que este risco aumentava em 65% para as meninas.

A hipótese de que a ansiedade materna pré-natal está relacionada com a lateralidade alterada em crianças com três anos e seis meses de idade foi testada por Glover, O'Connor, Heron e Golding (2004). Os pesquisadores analisaram uma amostra de 7.431 pares mãe-filho. A ansiedade materna foi medida entre a 18^a e 32^a semanas de gestação e oito semanas após o nascimento da criança por meio do inventário IDATE. A lateralidade da criança foi avaliada pelo relatório materno 42 meses após o nascimento. As mães relataram se as crianças utilizavam a mão esquerda, direita ou ambas para desenvolver atividades, tais como: desenhar, jogar, escovar os dentes, usar uma faca, etc. A lateralidade da mãe também foi avaliada através de uma escala de 11 itens semelhantes (escrever, desenhar, jogar, segurar raquete, escovar os dentes, corte com uma faca, uso do martelo, jogo de ataque, uso de borracha, dividir cartões, colocar linha na agulha). Informações sobre a lateralidade do pai, bem como, outras variáveis de risco materno pré-natal também foram respondidas pelas mães. As análises multivariadas indicaram que a ansiedade materna pré-natal na 18^a semana de gestação previu um aumento da probabilidade de mistura da lateralidade na criança, independentemente da lateralidade parental, de outras variáveis de risco pré-natal e ansiedade pós-natal, com destaque para propensão em meninos.

Destarte, está bem estabelecido que as emoções negativas maternas, como a ansiedade no período pré-natal pode produzir efeitos adversos sobre o desenvolvimento da criança ao longo do ciclo vital. Sobre estes efeitos Glasheen, Richardson e Fabio (2010) revelou algumas associações entre a ansiedade no período pós-natal e implicações para os

domínios físico, emocional e comportamental infantil. Evidenciaram que as queixas somáticas, como desconforto fisiológico (cólica) e recorrente dores abdominais da criança estavam associadas à ansiedade pós-natal. Outros aspectos também associados à ansiedade pós-natal, referem-se aos problemas comportamentais e emocionais entre as idades de quatro e seis anos e meio, psicopatologia na idade de cinco anos e problemas de temperamento entre três meses e três anos de idade.

No que se refere aos efeitos negativos da ansiedade materna sobre o desenvolvimento da linguagem na criança pré-escolar, Rechia e Souza (2010) e Crestani et al. (2012) apontaram que o diálogo mãe-filho pode estar alterado, uma vez que as mães ansiosas tendem a falar de modo não sincronizado e excessivo, sem oferecer turno ao filho, o que dificulta as interações linguísticas e pode prejudicar o desenvolvimento da linguagem da criança. Porém, afirmam que a ansiedade materna não pode ser encarada como um gerador da criança, mas, como um elemento que se soma as limitações biológicas dos sujeitos investigados e alimenta desta forma, atrasos na aquisição da linguagem.

Fatores que podem explicar o desenvolvimento de sintomas de ansiedade na infância intermediária foram estudados por Kerns, Siener e Brumariu (2011). Os pesquisadores examinaram as relações diádicas mãe-filho, aspectos do contexto familiar e características da própria criança como preditores de ansiedade no início da adolescência em 1.364 famílias. As mães preencheram um questionário sobre experiência de vida e o inventário IDATE para identificação de indicadores de ansiedade. A ansiedade infantil foi avaliada pelo CBCL conforme relato das mães, além das mesmas completarem uma escala de timidez para o comportamento das crianças quando estas tinham 54 meses de idade. Conforme análise da curva de crescimento latente, os autores identificaram que as crianças que eram mais ansiosas no jardim de infância também apresentavam maiores comportamentos de inibição aos 54 meses de idade e durante a infância intermediária. Notaram que essas crianças tinham mães

menos sensíveis, mais ansiosas e que experimentaram eventos de vida mais negativos. As crianças com níveis mais elevados de ansiedade no início da infância média foram identificadas com mais comportamentos de inibição na pré-escola e tinham mães mais ansiosas e que relataram eventos de vida mais negativos. Essas mães tendiam a serem posteriormente menos sensíveis, embora este efeito tenha sido apenas marginalmente significativo. Constataram também, que as meninas foram classificadas com maior comportamento de inibição do que os meninos e as mães eram mais sensíveis as meninas do que com os meninos.

Dados de uma pesquisa longitudinal realizada por Karevold, Roysamb, Ystrom e Mathiesen (2009) mostraram-se preditores para sintomas de ansiedade e depressão em crianças de 12 e 13 anos de idade ao serem expostos a fatores de risco contextuais precocemente, principalmente com sintomas emocionais maternos. Os sintomas de depressão e ansiedade da criança foram mensurados pelo Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ), Generalized Anxiety Disorder (GAD) Scale e pelo Neuropsychological Inventory for Children (CPNI). A timidez e a emotividade foram avaliadas pelo Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey (EAS). Os sintomas de ansiedade e depressão materna foram medidos pela versão do Hopkins Symptom Check List e o apoio social recebido pelas mães dos familiares, amigos e parceiros por meio de três perguntas relativas a: (a) proximidade e contato, (b) respeito e responsabilidade, e (c) sensação de pertença. Constataram impacto direto de preditores contextuais sobre os problemas internalizantes no início da adolescência considerando já o segundo ano de vida. Encontraram duas principais vias para os problemas de internalização (sintomas de ansiedade e depressão) na criança. A primeira refere-se ao temperamento e a emotividade da criança. A segunda via refere-se aos fatores de riscos contextuais com todos os impactos diretos e indiretos antes dos cinco anos de idade. Os resultados mostraram que os sintomas de ansiedade e depressão maternos foram

significativamente relacionados com a emotividade da criança aos oito e nove anos de idade para os meninos, enquanto que o apoio social foi significativamente relacionado com a timidez em meninas aos quatro e cinco anos de idade. Os autores observaram que os fatores de risco na infância podem explicar 38% da variância dos problemas internalizantes em meninos e 25% da variância em meninas no início da adolescência. Esses achados reforçam o impacto persistente de preditores contextuais, principalmente os sintomas emocionais maternos em famílias com crianças menores de cinco anos de idade. Destaca-se que alguns fatores de risco importantes para a primeira infância podem explicar uma quantidade substancial da variância de problemas comportamentais (internalizantes e externalizantes) ao longo do ciclo vital, realçando a importância de intervenções precoces para evitar esses tipos de problemas tardiamente.

2.3 Estresse materno e suas implicações para o desenvolvimento da criança

A terminologia estresse, de origem latina, vem do verbo “stringo”, que denota o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, levam o organismo a disparar um processo de adaptação caracterizado pelo aumento da secreção de adrenalina, com diversas consequências sistêmicas. O termo estressor por sua vez, define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse (HOUAISS, 2009).

O conceito foi mencionado pela primeira vez na área da saúde em 1925, por Hans Selye, um estudante de medicina que pesquisava o sistema endócrino dos ratos de laboratório, quando percebeu que estes, ao serem submetidos a situações hostis, que excediam suas capacidades de defesa apresentavam úlceras pépticas, glândulas supra-renais demasiadamente

inchadas e sistemas imunológicos combatidos (LIPP, 2004). Em 1936, Hans Selye define o termo estresse como a resposta geral do organismo, seja de efeito mental ou somático, a qualquer agente ou demanda de natureza física, mental ou emocional, quando forçado a adaptar-se à situação aversiva em busca de equilíbrio (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Após constatar a somatória das reações corporais resultantes da exposição às fontes de estresse, Hans Selye, em 1956, propõe um modelo trifásico de evolução deste fenômeno, denominado de *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA) (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). A primeira fase ou estágio, denominada de “alarme”, se inicia quando o organismo se defronta com uma situação de tensão, momento o qual se prepara para “luta” ou “fuga”, através da mobilização de alterações bioquímicas, com o consequente desequilíbrio homeostático. Tal reação pode ser considerada saudável e benéfica ao organismo à medida que o prepara para atuar em situações de urgência, podendo tornar-se um problema quando o organismo permanece em prontidão fisiológica ou excessiva (GOULART JR.; LIPP, 2008). As reações orgânicas presentes nesta fase são taquicardia, tensão muscular e sudorese (SILVA; MARTINEZ, 2005).

Quando o agente estressor é de longa duração ou de grande intensidade, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno de um modo reparador, passando ao estágio de “resistência”. Nesta fase o organismo, automaticamente, utiliza reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de estresse. Todavia, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). Sinais de sensação de desgaste generalizado, sem causa aparente, assim como dificuldades

com a memória ocorrem nesse estágio, mas, muitas vezes, não são identificadas pela pessoa em situações de estresse excessivo (SILVA; MARTINEZ, 2005).

Caso a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou, se concomitantemente, houve a ocorrência de outros estressores, dar-se-á a evolução do processo de estresse, surgindo então à fase de “exaustão”. O organismo nesta fase encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Seus sintomas são parecidos aos da fase de alarme, porém em muito maior intensidade, podendo haver exaustão psicológica em forma de depressão, ansiedade aguda, inabilidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, como também em nível físico, com alterações orgânicas, hipertensão arterial, úlcera gástrica, psoríase, vitiligo e diabete (CAMELO; ANGERAMI, 2004; SILVA; MARTINEZ, 2005; GOULART JR.; LIPP, 2008). Não obstante, convém observar que o estresse não é o elemento patogênico das doenças. Por conduzir a um enfraquecimento somático e psicológico, patologias programadas geneticamente podem se manifestar devido ao estado de exaustão presente (LIPP; MALAGRIS, 1995).

Em 2000, Lipp em seus estudos para validar o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) identificou, tanto clínica como estatisticamente, uma fase intermediária entre a fase de resistência e a de exaustão, a qual denominou de “quase-exaustão”. Para a autora, as pessoas não entram em exaustão subitamente, portanto, passam por um período de transição antes dessa fase, ou seja, ocorre um enfraquecimento do organismo que não esteja mais sendo capaz de resistir ou adaptar-se ao estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa. A pessoa nesta fase pode sentir oscilações entre momentos de bem-estar/tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, podendo surgir algumas doenças, demonstrando assim, que a resistência já não está sendo tão eficaz (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Independentemente da fase, o estresse segundo Lipp (2004) pode se originar de fontes externas, que são representadas pelo que acontece na vida do indivíduo ou pelas pessoas com as quais se relaciona ou, internas, que se refere a como o indivíduo pensa, suas crenças e valores com os quais interpreta o mundo ao seu redor, o padrão comportamental, a capacidade de enfrentamento, os sentimentos, as cognições e as habilidades sociais da pessoa (MARGIS; PICON; COSNER; SILVEIRA, 2003; GOMIDE; SALVO; PINHEIRO; SABBAB, 2005).

Destarte, o estresse pode ser considerado um processo complexo do organismo, envolvendo aspectos bioquímicos, físicos e psicológicos, que se caracteriza por um conjunto de reações emitidas pelo organismo quando é exposto a situações/estímulos, sejam estes positivos ou negativos, que o levam a uma quebra da homeostase. Cabe destacar a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos externos e internos, enquanto eventos estressores, para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo, a fim de preservar sua integridade e sua própria vida (LIPP, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Pesquisa realizada na cidade de São Paulo demonstrou um índice de 21% de estresse entre os homens e 41% entre as mulheres, indicando maior vulnerabilidade para o sexo feminino (MALAGRIS; LIPP, 2004), independente da faixa etária e grau de escolaridade (ARAVENA; FIERRO, 2002; CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; SILVA; MARTINEZ, 2005). Além das mulheres experimentarem estressores que fazem parte de sua condição feminina, como a tensão pré-menstrual (TPM), gravidez, menopausa e as alterações hormonais, precisam também saber lidar com eventos da vida considerados conflituosos, principalmente os de natureza psicossocial relativos ao divórcio ou separação, problemas conjugais e domésticos, doença grave ou morte de um parente ou amigo (URBANO, 2004; LI et al., 2013), a situação de hospitalização de um filho (MULDER et al., 2002; CARNIER,

2010), nascimento de uma criança com problemas determinados pela prematuridade, alguma doença ou malformações (BHAGWANANI; SEAGRAVES; DIERKER; LAX, 1997; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008a; FRAGA; LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2008b; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; PEROSA; CANAVEZ; SILVEIRA; PADOVANI; PERAÇOLI, 2009; PADOVANI; CARVALHO; DUARTE; MARTINEZ; LINHARES, 2009; SANCHEZ; BAPTISTA, 2009; SCHETTER, 2011; CRESTANI et al., 2012; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; RYCHIK et al., 2013), a baixa renda (RODRIGUES; BOHLIN, 2005), a responsabilidade de manter a estrutura familiar, bem como, sua participação econômica (ALEGRETTI, 2006; SCHETTER, 2011).

Diferentes situações estressoras ocorrem ao longo do ciclo vital e as respostas a elas diferem entre os indivíduos na sua forma de apresentação, podendo ocorrer manifestações psicopatológicas diversas como sintomas inespecíficos de depressão ou ansiedade, bem como, transtornos psiquiátricos definidos (MARGIS et al., 2003). O estudo realizado por Rodrigues e Schiavo (2011) corrobora aos achados de Margis et al. (2003) citado no que se refere à manifestação de sintomas depressivos em mães que apresentaram estresse durante a gestação e no puerpério. Confirmando tais evidências, Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006) identificaram em seu estudo que 55% dos pais entrevistados apresentavam níveis elevados de estresse de sobrecarga de tempo e 23% sintomas de depressão. As análises de correlação entre estresse de sobrecarga de tempo e outras variáveis mostraram que os pais e as mães que se sentem mais estressados também apresentavam níveis mais altos de sintomas de depressão ($r=0,24$; $p<0,05$).

Margis et al. (2003) destaca, ainda, que o nascimento de uma criança com malformação, tema de destaque deste trabalho, pode gerar nos pais um choque emocional, propiciando a instalação de uma crise, com o qual lidarão de acordo com seus recursos

emocionais, suas experiências prévias, seus mecanismos estabelecidos para se defender do estresse, suas crenças e filosofias de vida (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). Sobretudo, é na mãe que os efeitos da descoberta de uma malformação congênita têm maior intensidade, uma vez, que sobre ela recaem as maiores responsabilidades e cobranças relacionadas, tanto às causas da anomalia, como aos cuidados necessários a saúde e sobrevivência do bebê (NASCIMENTO, 2006), as quais podem estar mais expostas a vivenciar sintomas depressivos, ansiosos e de estresse. Por consequência, o estresse, que é inerente à situação de crise, pode provocar uma série de alterações comportamentais, de pensamento, de raciocínio e afetivas na mãe (NASCIMENTO, 2006). Essas reações são descritas como sentimentos de choque, ansiedade, depressão, solidão, mágoa, desapontamento, sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, comportamentos hiperativos, superproteção, negação, desânimo, sentimentos de ter falhado, pena, choro frequente, desamparo, perda e culpa (NASCIMENTO, 2006; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Indivíduos com deficiência apresentam um conjunto de características que pode causar um impacto no sistema familiar. Considerando a afirmativa de Lipp e Rocha (1996) de que tudo o que quebra o equilíbrio interno de um ser humano pode ser entendido como um agente estressor, a presença de um indivíduo com deficiência em uma família pode ser considerada um fator de estresse para os pais.

Com o objetivo de avaliar este aspecto, Barbosa e Oliveira (2008) investigaram as características de estresse dos pais de crianças com necessidades especiais¹, bem como, as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes, utilizando os Inventários de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o de Estratégias de Coping em 11 casais atendidos em uma instituição. Os resultados mostraram que 82% dos pais possuíam sintomas significativos de

¹Barbosa e Oliveira (2008) usam a nomenclatura “necessidades especiais”

estresse, sendo que 22,22% encontravam-se na fase de quase exaustão e 77,78% na fase de resistência. Quanto à sintomatologia, 55,56% possuíam tanto sintomas físicos quanto psicológicos e 44,44% possuíam prevalência de sintomas psicológicos. Os pesquisadores ressaltaram ainda, que a presença de sintomas de estresse nos pais, bem como a fase em que se encontram, podem estar associados às características dos filhos ou, ainda, ao uso de estratégias inadequadas de enfrentamento. Com o mesmo instrumento para a mensuração do estresse, Matsukura, Marturano, Oishi e Borasche (2007) avaliaram o nível de estresse de 75 mães de crianças com o desenvolvimento típico (n=38) e com necessidades especiais (n=37) entre idades de quatro e oito anos. De acordo com os resultados encontrados, em ambos os grupos, mais de 75% das mães encontravam-se nos níveis elevados de estresse, predominando sintomas típicos da fase de resistência. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Schimdt e Bosa (2007), com mães de indivíduos autistas. Os autores verificaram que 70% das mães de crianças com a deficiência que preencheram o instrumento ISSL apresentavam altos níveis de estresse.

Considerando que o estresse materno pode interferir negativamente no processo de desenvolvimento dos filhos, Hallak, Hallak e Golfeto (1999) destacam que mães psiquicamente perturbadas são menos responsivas e tendem a não oferecer apoio necessário as suas crianças, contribuindo de maneira negativa para o seu desenvolvimento.

Diante do exposto, entende-se que a exposição da criança a vários fatores de estresse, dentre eles o materno, podem trazer consequências adversas ao longo do ciclo vital. A literatura é escassa quando se trata do fenômeno do estresse materno, o que indica a necessidade de pesquisas voltadas para a área, no sentido de melhor compreensão a respeito de seus indicadores e suas implicações para o desenvolvimento infantil, principalmente em crianças do período pré-escolar, faixa etária deste estudo. A maioria das investigações nesta área centra-se, contudo, no estudo do impacto do estresse materno no período gestacional e

suas implicações para o desenvolvimento físico e psicológico da criança, com ênfase maior no desenvolvimento fetal e ao longo do ciclo vital do sujeito exposto ao estresse materno na vida uterina.

O fenômeno do estresse materno tem sido essencialmente conceituado como um agente teratogênico, que pode gerar resultados deletérios para o período pré-natal e para o desenvolvimento infantil (DIPIETRO, 2012), tais como, alterações no sistema fisiológico do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) (GUTTELING; WEERTH; BUITELLAR, 2005), baixo peso ao nascer e/ou nascimento prematuro (COPPER et al., 1996), distúrbios psicológicos como a ansiedade e a depressão (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; DAVIS; SANDMAN, 2012), dificuldades cognitivas e psicomotoras (GLOVER, 2007; GLOVER; O'CONNOR; O'DONNELL, 2010), problemas emocionais e comportamentais (KVALEVAAG et al., 2013), déficit de atenção e hiperatividade (RODRIGUES; BOHLIN, 2005), dificuldades de aprendizagem e memória (GUTTELING et al., 2006), atraso na linguagem (LAPLANTE et al., 2004; KING; LAPLANTE, 2005) e, problemas de temperamento (BAIBAZAROZA et al., 2013).

Eventos estressantes que ocorrem muito cedo na vida, mesmo antes do nascimento, podem ter efeitos em longo prazo sobre o futuro da saúde física, emocional e comportamental do indivíduo (RICE; JONES; THAPAR, 2007). Dados descritos em revisões de literatura fornecem evidências de que o estresse materno em períodos críticos do desenvolvimento pode alterar a programação do feto, aumentando assim a susceptibilidade à psicopatologia mais tarde. Esses estudos mostram que filhos de mães que experimentaram estresse durante a gestação estão em risco aumentado para apresentar problemas emocionais, tais como, sintomas de ansiedade e depressão, desordens psiquiátricas, déficits de atenção e hiperatividade, dificuldades de aprendizagem e memória, transtorno de conduta, temperamento difícil, atraso na linguagem, bem como, alterações na função do eixo

hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) (WEINSTOCK, 1997, 2008; BUITELAAR; HUIZINK; MULDER; MEDINA; VISSER, 2003; TALGE; NEAL; GLOVER, 2007; GLOVER; O'CONNOR; O'DONNELL, 2010; GLOVER, 2011).

Sintomas de sofrimento psicológico de pais e os resultados socioemocionais e comportamentais nos filhos aos três anos de idade foram examinados por Kvalevaag et al. (2013) em um estudo de coorte envolvendo uma amostra de 31.663 participantes. Informações sobre a saúde mental das mães no pré e pós-natal foi obtida pelo Hopkins Symptom Checklist (SCL-5), e o desenvolvimento sociemocional e comportamental das crianças aos 36 meses de idade foram avaliadas pelas mães por meio dos questionários Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) e Child Behavior Checklist-Revised (CBCL- 1½ - 5 years). Os resultados mostraram que 3% dos pais tinham altos níveis de estresse psicológico. Conforme modelo de regressão linear, verificou-se uma pequena associação positiva entre o sofrimento psicológico dos pais e dificuldades comportamentais das crianças ($B=0,19$; 95%; $CI=0,15-0,23$), dificuldades emocionais ($B=0,22$; 95%; $CI=0,18-0,26$), e funcionamento social ($B=0,12$; 95%; $CI=0,07-0,16$). Observaram que as crianças cujos pais tinham altos níveis de sofrimento psicológico tinham níveis mais elevados de problemas emocionais e comportamentais.

Na direção de tais achados, Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) analisaram variáveis do contexto familiar, principalmente de mães biológicas e o risco de problemas emocionais e comportamentais em 100 crianças de um Programa de Saúde da Família. Constataram que o estresse materno mostrou-se associado a problemas de saúde mental em geral na criança e consideraram que situações de estresse materno pode ser um fator de risco para sintomas de ansiedade e depressão na infância.

A relação entre o estresse materno pré-natal e o excesso de atividade e ou alteração na regulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) em crianças da pré-escola, no primeiro dia de aula depois das férias foram analisados por Gutteling, Weerth e Buitelaar (2005) em uma amostra de 29 pares mães-filhos. Análises multivariadas mostraram que o cortisol no pré-natal e ansiedade na gravidez estavam relacionados com níveis de cortisol nas crianças como uma reação ao primeiro dia de aula. Constataram, também, que as crianças cujas mães tiveram níveis mais elevados de cortisol pela manhã durante a gravidez e o medo de ter um filho deficiente apresentaram níveis elevados de cortisol.

Considerando as situações estressantes que envolvem a maternidade, as mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Estes sinais por sua vez, podem afetar a interação com seus filhos, tornando estas mães menos responsivas, com tendências a estabelecer comportamentos de intrusividade, hostilidade ou de retraimento com suas crianças, gerando um ambiente menos estimulador e restrito ao desenvolvimento infantil (WEBSTER-STRATTON, 1988; PIRES, 1990; FRIZZO; PICCININI, 2005; SILK et al., 2006a; FRAGA et al., 2008; BLATT-EISENGART et al., 2009). Neste sentido, o estudo de Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006) investigou os indicadores de bem-estar emocional parental e os diferentes componentes dos esquemas parentais em uma amostra de 51 casais, com pelo menos um filho natural com idade inferior a cinco anos. Constataram que pais e mães mais estressados mostraram uma auto-percepção do papel parental menos favorável ($r=-0,48$; $p<0,01$), sentiram-se menos satisfeitos ($r=-0,40$; $p<0,01$), relataram investir menos no exercício do papel parental ($r=-0,47$; $p<0,01$) e mais dificuldade em conciliar o exercício de diferentes papéis ($r=-0,22$; $p<0,05$). Identificaram também, que os pais com menos interação positiva com seus filhos apresentaram maiores níveis de estresse de sobrecarga de tempo ($r=-0,22$; $p < 0,05$). Os que

relataram mais aspereza na interação com os filhos indicaram sentir-se mais estressados ($r = 0,30$; $p < 0,01$) e com mais sintomas de depressão ($r=0,21$; $p < 0,05$). Pais e mães que sentiram mais dificuldade de criar os filhos mostraram níveis mais altos de estresse de sobrecarga de tempo ($r=0,48$; $p < 0,01$) e de relatos de sintomas de depressão ($r=0,31$; $p < 0,05$). Mostraram, também, se avaliar menos positivamente no exercício do papel parental ($r=-0,34$; $p < 0,01$), na sua competência ($r=-0,53$; $p < 0,01$) e na integração de papéis ($r=0,27$; $p < 0,01$). As mães por sua vez, destacaram-se no relato de mais dificuldade no exercício do papel parental ($t(99) = 2,55$, $p < 0,05$).

Diante do exposto, nota-se que as pesquisas nacionais e internacionais associadas ao estresse materno são escassas na literatura, entretanto, podemos inferir com base nos achados do período pré-natal que o estresse vivenciado pela mãe pode influenciar significativamente a saúde física, mental e emocional da criança desde o momento da sua concepção até a fase da adolescência, favorecendo a presença de prejuízos comportamentais, psicopatologias infantil, déficit cognitivo e de memória, atraso na linguagem, bem como, alterações neurofisiológicas.

2.4 Problemas de Comportamento Infantil

A literatura nos aponta que durante os primeiros anos de vida, a criança vivencia uma série de experiências no seu ambiente familiar e escolar que podem favorecer o desenvolvimento de competência interpessoal ou problemas de comportamento (BANDEIRA et al., 2006; PINHEIRO et al., 2006). Os problemas de comportamento, segundo Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006) referem-se aos excessos ou aos déficits comportamentais que prejudicam, não só o próprio indivíduo que os apresenta, mas, também, a interação da criança com os pares e adultos de sua convivência.

Conforme Achenbach e Edelbroch (1979), tais problemas comportamentais podem ser classificados em dois grandes grupos: os internalizantes, que se expressam predominantemente em relação ao próprio indivíduo e são evidenciados por preocupação excessiva, retraimento social, tristeza, timidez, insegurança e medos que frequentemente são manifestados em transtornos como a depressão, ansiedade e queixas somáticas e, os externalizantes, que se expressam predominantemente em relação a outras pessoas e, são marcados pela impulsividade, agressividade física e/ou verbal, agitação, características provocativas, condutas anti-sociais, como mentir e roubar. As consequências dos comportamentos internalizantes são prejudiciais à própria pessoa enquanto os externalizantes o são tanto para a própria pessoa como para os demais de sua convivência (WIELEWICKI, 2011). Para Bolsoni-Silva et al. (2006) ambos dificultam os “saltos” comportamentais do desenvolvimento, reduzindo as possibilidades de expansão de repertórios, bem como o acesso a novas contingências de reforçamento. Por exemplo, comportamento internalizante como a timidez, pode impedir a criança de interagir com o meio, isto é, o indivíduo pode evitar uma interação com seus pares ou adultos e, por outro lado, se tiver comportamento externalizante como a agressividade (que envolve conflitos com o ambiente) pode gerar conflitos e provocar rejeição de pais, professores e colegas (PACHECO; ALVARENGA; REPPOLD; PICCININI; HUTZ, 2005).

Para LaFreniere e Dumas (1996), esses comportamentos amplos podem ser identificados precocemente durante o desenvolvimento, em crianças de três a seis anos de idade, faixa etária do presente estudo. Na fase pré-escolar, os comportamentos externalizantes, como a agressividade, são mais frequentes e diminuem com a idade (GRAMINHA, 1994), podendo ser considerados como transitórios no desenvolvimento normal (BOLSONI-SILVA et al., 2006). Entretanto, dependendo de sua intensidade e do modo como o ambiente lida com essas manifestações, podem vir a persistir contribuindo

como fator de risco para as fases de desenvolvimento subsequentes do ciclo vital (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005).

De acordo com a literatura, a prevalência estimada de problemas de saúde mental em crianças no mundo varia de 10% a 20%, sendo os problemas de comportamento e emocionais as causas mais importantes dos distúrbios acima de cinco anos de idade (HETLINGER; SIMPKINS; COMBS-ORME, 2000; STEWART-BROWN, 2003).

Diversos são os instrumentos padronizados que têm sido utilizados como auxiliares na avaliação dos sintomas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes (DUARTE; BORDIN, 2000). Atualmente, um dos instrumentos mais citados na literatura é o CBCL (*Child Behavior Checklist*), disponível com tradução em 61 línguas e utilizado em 50 culturas diferentes. Considerado um dos instrumentos mais eficazes na quantificação das respostas parentais em relação ao comportamento dos filhos, apresenta-se em duas versões: uma para crianças de 1½ a 5 anos e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Trata-se um instrumento baseado nos critérios nosológicos do DSM-IV, que tem como objetivo avaliar o grau de competência social e a presença e intensidade de problemas comportamentais de crianças e adolescentes (WIELEWICKI; GALLO; GROSSI, 2011).

O CBCL (1½ a 5 anos) utilizado neste trabalho retrata os sintomas psicopatológicos mais comuns neste período do ciclo vital. Classifica os problemas de comportamento em externalizantes e internalizantes, de acordo com a frequência dos relatos ante os diferentes tipos de problemas. Os resultados obtidos a partir das respostas do questionário determinam a inclusão da criança como “clínica”, “limítrofe” ou “não clínica” e quanto aos problemas de comportamento, estes são divididos em sete eixos ou síndromes: emocionalmente reativa, ansiedade e depressão, queixas somáticas, isolamento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo, além das escalas de Internalização, Externalização e do Funcionamento Global (Total) (ACHENBACH, 2000).

Com o intuito de comparar os resultados do Questionário de Situações Domésticas (QSD) respondidos por mães de crianças „clínicas“ e „não clínicas“, para identificar diferenças no número de situações em que enfrentam problemas de obediência com as crianças e intensidade desses problemas, Moura, Silva, Sampaio e Grossi (2010) avaliaram 56 mães de crianças pré-escolares, entre três e seis anos de idade, com e sem problemas de comportamento opositor, por meio do CBCL e QSD. Constataram que o grupo clínico apresentou, em média, 3,2 situações problema a mais que o grupo não clínico e, em média 2,1 pontos a mais na avaliação da severidade. Os autores chamam a atenção para esse resultado que remete à questão de que diferenças culturais devem permear a percepção de normalidade que as mães têm quanto ao comportamento de suas crianças, assim como a tolerância delas para comportamentos típicos da faixa etária, os quais podem ser avaliados como problemáticos apenas quando se intensificam em frequência e severidade.

Problemas internalizantes e externalizantes foram investigados por Bayer et al. (2012) em um estudo longitudinal com uma amostra de 733 crianças recrutadas aos seis/sete meses de idade, cujas mães completaram o CBCL (1½ - 5 anos) quando seus filhos tinham cinco anos de idade. Os autores constataram na amostra uma prevalência de 8-12% para os problemas de internalização e de 6-7% para os problemas de externalização. As análises mostraram que os preditores consistentes e cumulativos de comportamentos de internalização e externalizantes aos cinco anos de idade foram disciplina severa e estresse materno. Identificaram ainda, o sexo masculino como preditor significativamente forte para comportamento de externalização. Destacaram ainda, que os preditores explicaram 22% da variação de comportamentos de internalização e de 24% da variação de comportamentos externalização aos cinco anos de idade.

Com o objetivo de caracterizar o perfil de uma população infantil pré-escolar por meio do instrumento CBCL (Child Behavior Checklist), nas versões 1½ a 5 anos e 4 a 18

anos Moura, Marinho-Casanova, Meurer e Campana (2008) constataram que entre os 103 casos avaliados 91% foram considerados „clínicos“. Observaram ainda, que 71% das crianças obtiveram escores clínicos em ambos os perfis, internalizante (32%) e externalizante (68%); 11% obtiveram escores clínicos apenas no perfil externalizante, e 9% apenas no perfil internalizante. As categorias de escores mais altos no CBCL foram: “comportamento agressivo” para ambas as versões (69,5% e 71,4% respectivamente); “ansiedade e depressão” (66%), e “emocionalmente reativo” (65,6%) para versão 1½ a 5 e “problemas somáticos” (58,8%) para versão 4 a 18 anos.

Determinantes de problemas comportamentais em pré-escolares foram investigados por Anselmi, Piccinini, Barros e Lopes (2004) em uma amostra de 634 crianças e suas mães. Durante visita domiciliar, os problemas de comportamento da criança e o QI foram examinados pelas escalas CBCL e WPPSI (Wechsler Preschool Intelligence Scale), bem como a prevalência de problemas psiquiátricos materno, qualidade do ambiente doméstico e outros fatores demográficos, familiares, individuais e sociais por entrevista. Com base no CBCL, a prevalência de crianças com problemas de comportamento, somando os grupos clínicos e borderline foi de 24% (n=153) e 15% (n=99), considerando apenas o grupo clínico. Ao examinarem as duas escalas que compõem o CBCL, verificaram que os problemas de externalização apresentaram maior prevalência (31,8%) do que os problemas internalizantes (15,2%), sugerindo que essas altas taxas de problemas externalizantes para a idade de quatro anos podem estar relacionadas à questão da autonomia e afirmação de posição, comportamento considerado natural para esta faixa etária. Entre os fatores sociodemográficos, identificaram que quanto maior a idade dos pais e a escolaridade da mãe, menor a pontuação do CBCL para os problemas de comportamento. Verificaram ainda que, quanto maior a prevalência de transtorno psiquiátrico materno e maior número de irmãos mais novos, maiores

eram os números de problemas de comportamento das crianças. Outro fator relacionado com problemas de comportamento foi o de maior número de hospitalizações da criança.

Variáveis contextuais que interferem no surgimento e na manutenção de problemas de comportamento em pré-escolares, tais como, o relacionamento conjugal foi investigado por Bolsoni-Silva e Marturano (2010) numa amostra de 48 casais, distribuídos em dois grupos distintos de pais de crianças com e sem problemas de comportamento. Os resultados mostraram que a ocorrência de conflitos conjugais, justificados por déficits em comunicação, afeto e por avaliações negativas do cônjuge, pode ser considerada uma das variáveis preditivas para o surgimento de problemas de comportamento em pré-escolares, considerando outras, não controladas no estudo, que podem ter influenciado nos resultados obtidos, tais como a depressão materna, crises financeiras e outros eventos estressantes.

Estudos revelam que os meninos são os que mais apresentam problemas de comportamento externalizantes, enquanto que as meninas são apontadas como tendo mais competência social e, no que se refere às queixas, destacam-se os comportamentos internalizantes (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005; LEVE; KIM; PEARS, 2005; SAUD; TONELOTTO, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2006; BANDEIRA et al., 2006; ROMANO et al., 2006; ESSEX et al., 2006; MINER; CLARKE-STEWART, 2008; JENKINS; CURWEN, 2008; PAGANI et al., 2008; MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; BLATT-EISENGART et al., 2009; LOOSLI; LOUREIRO, 2010).

Em concordância com tais achados, comportamentos socialmente “desejados” e “indesejados” de crianças que apresentam problemas de comportamento, segundo seus professores foram investigados por Bolsoni-Silva, Marturano e Manfrinato (2005). Participaram do estudo 48 mães de crianças com idade entre cinco e sete anos, sendo 24 com indicação de problemas de comportamento (IPC) na escola e 24 com indicação de comportamentos socialmente adequados (ICSD) na escola. Constataram que 25% das crianças

indicadas como apresentando problemas de comportamento eram meninas e 75% meninos. Observaram por meio de comparação entre gêneros, que no grupo IPC as meninas tomam mais iniciativas e expressam mais suas opiniões, quando comparadas aos meninos. Quanto aos comportamentos socialmente “indesejados” externalizantes, as mães do grupo IPC frequentemente citaram “fica mal-humorado e nervoso”; “destrói coisas próprias ou de outros”; “muitas vezes é desobediente”; “não consegue permanecer numa atividade por mais de alguns minutos”; “é muito agitado”; “é impaciente e irrequieto” quando comparada as mães ICSD. Valores equivalentes foram encontrados para ambos os grupos no que se refere aos comportamentos internalizantes, entretanto comportamentos de “recusar a entrar na escola”; “preocupação” e “fechada, solitária” apareceram mais frequentemente para as meninas que para meninos no grupo IPC. Quanto a outros comportamentos socialmente “indesejados” encontraram diferença significativa para o item “não é querido pelas outras crianças” no grupo de mães IPC, sem diferenças nas comparações entre gêneros.

Problemas de comportamento e habilidades sociais em pré-escolares foram avaliados por Bolsoni-Silva et al. (2006) em dois grupos distintos. Os pesquisadores compararam avaliações de mães e professoras de 24 crianças com problemas de comportamento e 24 crianças indicadas como socialmente habilidosas. Constataram que crianças com problemas de comportamento parecem ter, na escola, dificuldade para enfrentar situações interpessoais e, por outro lado, brigam mais e maltratam outras crianças e são menos queridas pelos colegas. Identificaram ainda, diferenças de gênero para comportamentos externalizantes em meninos e maior competência social em meninas.

De encontro a tais achados, Emerich, Rocha, Silves e Gonçalves (2012) analisaram o efeito do gênero sobre as escalas do “Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes” (CBCL - Child Behavior Checklist) para um grupo de crianças brasileiras e compararam os resultados com dados multiculturais obtidos com o mesmo instrumento.

Numa amostra de 1228 pais de crianças, de diferentes regiões brasileiras, constataram que os meninos apresentam escores significativamente mais altos nas escalas de problemas externalizantes, tais como problemas de sociabilidade, de atenção, agressividade e violação de regras e total de problemas de comportamento em relação às meninas. De modo geral, os resultados apontaram que os meninos brasileiros apresentam mais dificuldades comportamentais e emocionais que as meninas, segundo a avaliação de seus pais. Não obstante, observaram que os efeitos da variável gênero sobre as escalas do CBCL são muito semelhantes no Brasil e em outros países.

Diversos são os fatores preditores de problemas comportamentais em crianças. Variáveis como o baixo repertório de habilidades sociais e baixo desempenho acadêmico (BANDEIRA et al., 2006; CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006), indicadores socioeconômicos e instrucionais da família (LEVE; KIM; PEARS, 2005; ESSEX et al., 2006; ASSIS; AVANCI; VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009), distúrbios emocionais dos pais, tais como a depressão, a ansiedade e o estresse (BOYLE; PICKLES, 1997; GARTSTEIN; FAGOT, 2003; BRUM; SCHERMANN, 2006; CORTES et al., 2006; ESSEX et al., 2006; FORBES et al., 2006; SILK et al., 2006a; FOSSUM et al., 2007; FOSTER et al., 2008; JENKINS; CURWEN, 2008; BLATT-EISENGART et al., 2009; BUREAU; EASTERBROOKS; LYONS-RUTH, 2009; BRAND; BRENNAN, 2009; CID; MATSUKURA, 2010; CLAVARINO et al., 2010; GLASHEEN; RICHARDSON; FABIO, 2010; GRANT et al., 2010; LOOMANS et al., 2011; BRITTON, 2011; FLORES et al., 2012; BATENBURG-EDDES et al., 2013) práticas educativas parentais coercitivas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; VITOLO; FLEITLICH-BILYK; GODMAN; BORDIN, 2005; LEVE; KIM; PEARS, 2005; PINHEIRO; HAASE; DEL PRETTE; AMARANTE; DEL PRETTE, 2006; SÁ; CURTO; BORDIN; PAULA, 2009), conflito conjugal (SZELBRACIKOWSKI; DESSEN, 2007; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010;

SCHMIDT; CREPALDI; VIEIRA; MORÉ, 2011), fatores genéticos e socioambientais (GOLDSMITH; LEMERY, 2000) podem interferir para o surgimento e para a manutenção dos problemas de comportamento em crianças.

Estudos descritos nos capítulos anteriores apontam que crianças expostas a fatores de risco materno, tais como a depressão, a ansiedade e o estresse estão mais propensas a desenvolverem uma série de problemas emocionais e de comportamento durante a infância, entre os quais, distúrbios psicológicos, como os transtornos de ansiedade e depressão (JONES; FIELD; DAVALOS, 2000; ELGAR et al., 2004; BURT et al., 2005; CORTES et al., 2006; KISS et al., 2007; FRITSCH et al., 2007; FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; PAGANI et al., 2008; VAN DEN BERGH et al., 2008; BUREAU; EASTERBROOKS; LYONS-RUTH, 2009; LOOSLI; LOUREIRO, 2010; SINGH et al., 2011; KERNS; SIENER; BRUMARIU, 2011; DAVIS; SANDMAN, 2012), baixa competência social e de baixo funcionamento adaptativo (LUOMA et al., 2001; MIAN et al., 2009), baixo repertório de habilidades sociais e maiores déficits cognitivos e de linguagem (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; ESSEX et al., 2006; GLOVER, 2007; GLOVER; O'CONNOR; O'DONNELL, 2010; MARTINS, 2011; LOOMANS et al., 2012), autoconceito negativo, problemas de conduta, prejuízos na regulação emocional e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (RODRIGUES; BOHLIN, 2005; VAN DEN BERGH et al., 2005b; PILOWSKY et al., 2006; ROMANO et al., 2006; MIAN et al., 2009; MARTINS, 2011; PAVAN; PIZETA; LOUREIRO, 2012; KVALEVAAG et al., 2013), comportamentos internalizantes e externalizantes (LUOMA et al., 2001; LEVE; KIM; PEARS, 2005; ESSEX et al., 2006; FRITSCH et al., 2007; MINER; CLARKE-STEWART, 2008; FOSTER et al., 2008; BLATT-EISENGART et al., 2009; MIAN, et al., 2009; GARTSTEIN et al., 2009; LOOSLI; LOUREIRO, 2010; LOOSLI, 2011) e temperamento difícil (MCMAHON et al., 2001; BAIBAZAROZA et al., 2013). Nota-se que as perturbações emocionais maternas

podem desintegrar a família, influenciando na socialização da criança, ao aumentar sentimentos de frustração e insegurança, tensões e conflitos, que conseqüentemente são geradores de problemas comportamentais durante o desenvolvimento infantil.

Pesquisas têm apontado que os problemas de comportamento infantil estão direta e/ou indiretamente relacionados a déficits em habilidades sociais educativas parentais (HSE-P) (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2002; BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; OISHI, 2003; BOLSONI-SILVA; SALINA-BRANDÃO; VERSUTI-STOQUE; ROSIN-PINOLA, 2008). Um fator de risco significativo para o desenvolvimento de comportamentos indesejados está relacionado à exposição a modelos agressivos, que são reforçados positiva e negativamente, durante as primeiras relações sociais (PINHEIRO et al., 2006; BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009).

Práticas educativas parentais foram caracterizadas por Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) através de uma Entrevista Clínica Semiestruturada, com 59 pais/cuidadores que buscaram atendimento psicológico em um Centro de Psicologia Aplicada. De acordo com os resultados, as queixas mais frequentes trazidas pelos participantes foram as de comportamento externalizante, tais como “agressividade” e “não obedece ordem” e “comportamento de birra”. Com relação às práticas educativas parentais, os pais relataram com maior frequência os comportamentos de “gritar e/ou bater quando o filho emite comportamentos indesejáveis”, “discordância entre os pais com relação à educação dos filhos”, “falta de consistência da mãe/pai/cuidador diante dos comportamentos da criança”, “dificuldade em conversar/comunicação com a criança” e “dificuldades em estabelecer limites”. Os pesquisadores concluíram que, as práticas coercitivas parentais quando o filho emite comportamentos indesejáveis podem servir de modelo para que as crianças se comportem agressivamente. Além disto, o estudo encontrou que, ao expressar sentimentos negativos de modo não habilidoso, os pais são modelo para que as crianças reajam de modo

semelhante, apresentando comportamentos não habilidosos ativos, tais como agressividade, gritar, bater e espedaçar, comportamentos estes, desfavoráveis para o estabelecimento de vínculos afetivos entre os pais e seus filhos, conforme apontam Bolsoni-Silva e Marturano (2002) e Pinheiro et al. (2006).

Na mesma direção de tais achados, Alvarenga e Piccinini (2001) investigaram as práticas educativas maternas e problemas de comportamento envolvendo a externalização em crianças pré-escolares. Participaram do estudo 30 díades mãe-criança, de nível sócio-econômico baixo e médio-baixo. As díades foram designadas em grupos „clínico“ e „não-clínico“ com base na pontuação da criança no Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL). Responderam ainda, a uma entrevista sobre práticas educativas envolvendo situações estruturadas e espontâneas. A análise de conteúdo das entrevistas, relacionada às situações estruturadas, mostrou que as mães do grupo „clínico“ mencionaram práticas coercitivas com uma frequência significativamente maior do que as mães do grupo „não-clínico“. A mesma tendência, embora não significativa, apareceu para as situações espontâneas. Constataram também, que a punição física e a coação física foi um dos tipos de prática coercitiva mais referida pelas mães do grupo clínico, sugerindo que estas práticas podem também estar associadas aos problemas de comportamento de seus filhos. Estes achados são corroborados por Bolsoni-Silva e Marturano (2002), Pinheiro et al. (2006) e Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) no que se refere a exposição de modelos comportamentais agressivos como reforçadores durante as relações iniciais.

Todavia, dados divergentes foram encontrados na pesquisa de Alvarenga e Piccinini (2003) referentes às diferenças entre as práticas educativas de mães de crianças com problemas de externalização e de mães de crianças sem problemas de externalização. Numa amostra de 30 díades mãe-criança, de ambos os sexos, entre a idade de cinco e seis anos, de nível sócio-econômico baixo e médio-baixo, os pares foram designados em grupos „clínico“ e

„não-clínico“ com base na pontuação da criança no Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL). As díades ainda foram observadas interagindo durante a execução de uma tarefa estruturada. Os resultados da pesquisa não revelaram diferenças significativas entre os grupos quanto às práticas educativas e comportamentos maternos, nem quanto aos comportamentos da criança durante a sessão de observação de interação da díade.

Na mesma perspectiva, Bolsoni-Silva e Loureiro (2011) compararam as práticas educativas parentais e comportamentos de crianças de um grupo considerado „clínico“ (com problema de comportamento) e outro grupo „não clínico“ (sem problema de comportamento), tendo como fonte de informações as mães, por meio do CBCL e pelo Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). Os resultados mostraram de um modo geral, que ambos os grupos se incomodam com comportamentos externalizantes de seus filhos, tais como a agressividade e desobediência a regras, além de se incomodarem quando os filhos deixam de cuidar das próprias coisas e como consequência destes comportamentos, expressavam sentimentos negativos e estabeleciam limites diante deles, valendo-se de comportamentos não habilidosos ativos (coercitivos), com frequência maior no grupo clínico. Observaram comportamentos internalizantes e externalizantes, com frequência estatisticamente superior para o grupo clínico em situações de comunicação e em situações de limites. Não obstante, puderam concluir que os comportamentos que diferenciam os grupos „clínico“ e „não clínico“ são, sobretudo, os relacionados às práticas educativas positivas e às habilidades sociais infantis.

Com o objetivo de descrever o perfil comportamental, cognitivo e de linguagem e identificar comportamentos autísticos em um grupo de crianças e adolescentes na faixa de cinco e 16 anos de idade com a Síndrome de Williams-Beuren (SWB) e comparar a um grupo controle, Teixeira, Monteiro, Velloso, Kim e Carreiro (2010), por meio dos instrumentos Teste de Inteligência Não Verbal (Leiter-R); Inventário de Comportamentos para Crianças e

Adolescentes - Child Behavior Checklist (CBCL/1½-5; CBCL/6-18); Exame de Linguagem (TIPITI) e o Autism Screening Questionnaire (ASQ) constataram que o grupo com SWB demonstrou alterações comportamentais do tipo desatenção e problemas sociais em comparação com o grupo controle (GC). Na escala Leiter-R os escores de inteligência dos participantes com SWB foram abaixo da média para a idade (67,8 pontos) em comparação ao GC (101,2). O ASQ identificou um participante com comportamentos autísticos. O grupo com a síndrome apresentou defasagem na estruturação no nível morfossintático e elevado número de respostas ecológicas nas provas do TIPITI, quando comparados ao GC. Os pesquisadores concluíram que em função dos problemas comportamentais e cognitivos encontrados nos participantes com SWB confirma-se a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar focado na estimulação cognitiva e controle comportamental, devido à interferência destas características na escolarização.

Na mesma perspectiva, Garzuzi (2009) identificou e comparou padrões comportamentais de crianças e adolescentes com idade entre quatro e 18 anos com Síndrome de Prader-Willi (SPW), Síndrome de Williams-Beuren (SWB) e Síndrome de Down (SD) por meio do instrumento CBCL nas versões 1½- 5 anos e 4-18 anos. Observou-se que o grupo com SPW maiores pontuações em alterações comportamentais, seguidos pelos grupos SWB e SD. Os principais padrões comportamentais encontrados foram: na SPW, problemas externalizantes, problemas sociais, problemas de pensamento e comportamento agressivo; na SWB, problemas sociais e de atenção e, na SD, problemas totais. Observaram ainda, diferenças estatisticamente significativa entre alguns desses padrões de resposta quando compararam os grupos pareados por sexo e idade (SPW-SD e SWB-SD).

O perfil sócio-comportamental de crianças entre quatro e 18 anos, portadoras de dermatite atópica (DA) foi avaliado por Neto (2005), que comparou com crianças sem a doença, utilizando o mesmo instrumento (CBCL). Identificou diferença estatisticamente

significativa, entre os grupos, nas duas dimensões globais (internalizantes e externalizantes), sendo que as crianças portadoras de DA mostraram mais sintomas relacionados com a ansiedade, depressão, alterações do pensamento e comportamento agressivo quando comparadas ao grupo controle.

Observa-se, na literatura, poucos estudos utilizando o CBCL, analisando problemas comportamentais de crianças abaixo de cinco anos de idade.

2.4.1 Problemas de Comportamento em Crianças com Fissura Labiopalatina

Durante os primeiros anos de vida, a criança vivencia uma sequência de experiências no seu ambiente que podem favorecer tanto o desenvolvimento de competência interpessoal como problemas de comportamento (BANDEIRA et al., 2006; PINHEIRO et al., 2006). Considerando tal afirmativa, pesquisas têm apontado para uma diminuição da competência social de crianças com fissura labiopalatina, que se caracterizam pelo menor número de amigos, menos contatos sociais e pior qualidade de interações sociais, bem como, problemas comportamentais de internalização e externalização (RICHTMAN; MILLARD, 1997; SLIFER et al., 2004; SLIFER et al., 2006; HUNT et al., 2007; MURRAY et al., 2010). Para Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989) as dificuldades interpessoais da primeira infância podem repercutir na infância média acentuando as chances de ocorrência de problemas comportamentais, o que por sua vez, pode levar à rejeição pelo grupo de pares e até mesmo pelos pais e professores, bem como, ao fracasso escolar e a transtornos como a depressão e a ansiedade infantil.

De acordo com Bastos, Gardenal e Bogo (2008), as crianças com fissura labiopalatina não se percebem diferentes das outras crianças até a idade de quatro ou cinco

anos, especialmente se viveram uma boa aceitação familiar. Contudo, ao ampliar seu meio social, essa diferença é apontada, podendo acarretar desajustamentos de comportamento, de personalidade e de desempenho social, inclusive o abandono escolar (RIBEIRO; MOREIRA, 2005; GENARO; FUKUSHIRO; SUGUIMOTO, 2007; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

A aparência imperfeita leva de uma forma geral, às respostas sociais não favoráveis, consequências de estigmas (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). A fala comprometida produz angústia, pelo fato de não ser entendida, dando a impressão de limitações intelectuais, físicas e inabilidade social (AMARAL, 1997; MARQUES, 2004; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Jones (1984) destaca que além dos apelidos, as crianças com malformações são olhadas com curiosidade, preconceito e apresentam dificuldades de novos contatos sociais, integração e ajustamento. Dados da pesquisa de Guimarães (2010) reforçam tais achados. A autora constatou que, embora os distúrbios da fala fossem uma grande dificuldade para os portadores de fissura labiopalatina, o preconceito social, a discriminação e a ridicularização, sofrida especialmente na infância e na adolescência, foram as maiores dificuldades vivenciadas pelos sujeitos. De modo semelhante, Garcia (2006) constatou um índice significativo de crianças vítimas de chacotas no ambiente escolar, principalmente para o grupo de sujeitos com distúrbios da fala.

Além do comprometimento facial e da fala, outros fatores de risco são destacados para as alterações psicossociais. A alta incidência de infecções precoces do ouvido médio, com conseqüente flutuação de perda auditiva (BUFFA, 2009); frequentes hospitalizações e separações da família e dos amigos são fatores que podem estar relacionados com os aspectos psicológicos secundários, como inibição no comportamento, menor rendimento escolar e baixa auto-estima. Esses problemas psicossociais secundários podem influenciar de forma

negativa o processo final de adequação à condição apresentada pela criança (COLARES; RICHMAN, 2002).

Desta forma, a literatura destaca a importância dos estudos voltados para as relações interpessoais da criança portadora de fissura labiopalatina, especialmente no início de suas atividades de estudo, que se dá por ocasião do seu ingresso na pré-escola.

Para a criança portadora de deformidade facial, será a primeira e a mais importante experiência sistemática fora do ambiente do lar (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). Neste momento, a criança sai do ambiente seguro e protegido da sua família para enfrentar um ambiente desconhecido, que apresenta exigências e regras diversificadas, inclusive de interação com pessoas até então desconhecidas (RENERE, 2004; BUFFA, 2009), para o qual não apresenta todas as destrezas necessárias para enfrentar com eficiência o ambiente escolar.

O ambiente escolar encontrado pelas crianças portadoras de fissura labiopalatina, torna-se um novo desafio (MIGUEL; LOCKS; PRADO, 2009), pois terá de enfrentar novos relacionamentos, será olhada, julgada, avaliada em sua aparência física, bem como, em sua comunicação, variáveis importantes nestes julgamentos (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). Como consequência, esse ambiente oferece condições que podem gerar comportamentos de timidez, recolhimento ou agressividade, as quais, ao ser percebida pela criança podem influir no seu desempenho sócio-emocional (TAVANO, 1994; 2000; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Na direção de tais achados, Tavano (1994) acompanhou os primeiros 60 dias de integração de uma criança com fissura labiopalatina do tipo transforame e constatou que a existência da fissura não prejudicou o relacionamento acadêmico da mesma com o professor e, apenas inicialmente, dificultou a integração com os colegas. Todavia, em um estudo posterior envolvendo um número maior de crianças, a mesma autora constatou que 59,37%

dos portadores de fissura labiopalatina revelaram ter sido vítima de apelidos, chacotas, gozações, imitações, comentários jocosos e atitudes de rejeição, por parte dos colegas, nos primeiros anos escolares (TAVANO, 2000).

Nesta mesma perspectiva, Murray et al. (2010) avaliaram o funcionamento sócio-emocional de crianças com fissura em idade escolar, por meio de observações diretas das interações sociais e representações da criança, bem como por relatórios de mães e de professores. Constataram que as crianças com fissura estão em risco aumentado para as dificuldades sócio-emocionais do ano escolar. Nos relatos dos professores houve indicativos para comportamentos ansiosos, introspectivos e deprimidos e, observações diretas revelaram dificuldades nas interações sociais, principalmente problemas de comunicação.

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Richman e Millard (1997) que analisaram o comportamento de 44 crianças, com idade de quatro a 12 anos, com fissura labiopalatina e correlacionaram com a fala, audição e desfiguramento facial. Os resultados indicaram aumento nos níveis de inibição social sobre a idade para as meninas com fissura labiopalatal e discreta elevação consistente no comportamento internalizantes dos meninos. Houve, também, o aumento dos níveis de problemas de conduta para as meninas mais velhas com fissura, com flutuação de idade variável para os meninos.

Numa revisão sistemática da literatura sobre os efeitos psicossociais em crianças e adultos com fissura labiopalatina, Hunt, Burden, Hepper e Johnston (2005) encontraram dificuldades em classificar o que seriam problemas psicológicos e sociais. Na análise dos dados, destacaram que, em sua maioria, crianças e adultos com fissura não parecem ter mais problemas psicossociais em relação às pessoas sem malformação, embora alguns problemas específicos tenham sido observados como problemas de comportamento, insatisfação com a aparência facial, depressão e ansiedade. Considerando os diferentes tipos de fissura, poucas diferenças foram encontradas em relação ao auto-conceito, nível de satisfação com aparência

facial, depressão, problemas de aprendizagem e relacionamentos interpessoais. Com poucas exceções, a idade dos sujeitos com fissura pareceu não influenciar na ocorrência ou severidade de problemas psicossociais relativos a esta condição.

Problemas de ajustamento psicossocial e competências sociais foram investigados por Pope e Snyder (2005), em uma amostra de 724 crianças com anomalias congênitas craniofaciais com idade entre dois e 18 anos, por meio do CBCL. Constataram pontuação clínica para problemas de isolamento em crianças de dois a três anos de idade. Identificaram na faixa etária de quatro a 11 anos maiores taxas de problemas a introversão, atenção, pensamento e problemas internalizantes. Os meninos na faixa etária de quatro a 11 anos apresentaram pontuação clínica para competência escolar e total, enquanto que as meninas pontuaram mais problemas clínicos nas escalas de problemas sociais, atenção e competência. Taxas mais baixas de externalização e queixas somáticas, variaram de acordo com padrões específicos como a idade e o sexo.

Em outro estudo, Snyder e Pope (2010) investigaram padrões de ajustamento psicossocial em crianças e adolescentes entre dois e 18 anos de idade com o diagnóstico fissura labiopalatina, por meio do CBCL. Os autores constataram que as crianças com fissuras labiopalatinas mostraram pontuações significativas para problemas sociais e déficit nas competências sociais, acadêmicas e atividades. Identificaram pontuação clínica para problemas externalizantes e para total de problemas em crianças de dois a três anos de idade com fissura de lábio e palato. Nas crianças de quatro a onze anos de idade constataram pontuação clínica para os problemas sociais, competência social e total de problemas. As crianças que apresentavam apenas fissura de palato, na faixa etária de quatro a 11 anos mostraram problemas sociais na escala clínica.

Na direção de tais achados, Endriga, Jordan e Speltz (2003) em um estudo longitudinal investigaram o ajustamento emocional e comportamental de pré-escolares com

fissura labiopalatina. Constataram em análise longitudinal que o estresse parental medido quando as crianças tinham dois anos de idade previram gravidade dos problemas de comportamento e emocionais na idade de sete anos.

Ao se analisar a literatura, considerando-se a criança com e sem fissura labiopalatina, na faixa etária entre três e cinco anos, observam-se peculiaridades e uma diversidade de achados em relação aos problemas comportamentais e distúrbios debilitantes que podem prejudicar o desenvolvimento adaptativo de crianças que convivem com mães que apresentam indicadores emocionais maternos para depressão, a ansiedade e estresse. Além disso, foi observado escassez de estudos nacionais e internacionais que retratam os fenômenos da depressão, principalmente da ansiedade e do estresse maternos associados aos problemas comportamentais em crianças na faixa etária pré-escolar e com fissura labiopalatina. Neste contexto, justifica-se a relevância social do presente trabalho que pretende contribuir para a identificação de indicadores emocionais maternos e a compreensão do perfil comportamental de crianças com fissura labiopalatina, o que poderá subsidiar a elaboração de ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães, assim como propor medidas para os problemas comportamentais das crianças. No que se refere aos aspectos teóricos, significaria preencher a lacuna existente na literatura sobre os indicadores emocionais maternos e suas implicações no comportamento da criança com fissura labiopalatina.

Com base na literatura, o presente estudo tem por hipótese:

- a) para os meninos serão identificados mais problemas comportamentais externalizantes e, para as meninas, mais problemas de comportamentos internalizantes;
- b) as crianças com fissura labiopalatina considerada mais grave, do tipo transforame incisivo serão identificados com mais problemas comportamentais do que as crianças com fissura pré-forame e pós-forame incisivo;

c) as crianças mais velhas apresentarão um aumento dos níveis de problemas comportamentais comparadas as crianças mais novas;

d) as crianças com fissura labiopalatina que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos emocionais (depressão, ansiedade e estresse) apresentarão maior prevalência de comportamentos internalizantes e externalizantes.

3 OBJETIVOS

3.1 Gerais:

Identificar e correlacionar indicadores clínicos para depressão, ansiedade e estresse maternos e os indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) em crianças com fissura labiopalatina. Correlacionar indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) de crianças com fissura labiopalatina com os indicadores clínicos para depressão, ansiedade e estresse maternos.

3.2 Específicos:

- Identificar, segundo o relato das mães, os indicadores de problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o CBCL (*Child Behavior Checklist* - versão de 1½ a 5 anos).
- Descrever o nível de depressão em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- Descrever o nível de ansiedade traço e estado em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, a partir da utilização do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- Descrever o nível de estresse em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL);
- Correlacionar os indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos e os níveis de depressão, estresse e ansiedade apresentados pelas mães das crianças.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional-associativo com delineamento transversal, tendo como suporte a hipótese que crianças com fissura labiopalatina que convivem com mães que apresentam indicadores emocionais (depressão, ansiedade e estresse) apresentarão maior prevalência de comportamentos internalizantes e externalizantes.

4.1 Participantes

Participaram deste estudo 83 díades, mães e seus filhos com fissura labiopalatina, de ambos os gêneros, na faixa etária entre três e cinco anos de idade, que estão em processo de tratamento no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo, conforme caracterização na Tabela 1.

A Tabela 1 refere-se aos dados sociodemográficos das díades mãe-criança e da família. Observou-se predomínio de pais com idade entre 32 anos e 42 anos e 11 meses (45%) e de mães entre 21 anos e 31 anos e 11 meses (49%). Com relação ao grau de instrução dos pais, observou-se que 86,8% das mães cursaram pelo menos o segundo grau completo, seguidos de 62% dos pais. Quanto à ocupação, nota-se um índice de 65% das mães e 91% dos pais que se apresentam ativos no mercado de trabalho. Segundo o relato das mães, a renda familiar de 42% deles era de até quatro salários mínimo. Há, também, predominância do estado civil casado (51%).

De acordo com o gênero das crianças, a amostra foi composta por mais meninos (57%) do que meninas (42%). Com relação à faixa etária, a concentração maior foi nas idades

de quatro anos e quatro meses a cinco anos e dez meses (54%). Em relação à escolaridade das crianças, observa-se que 74% delas frequentam a pré-escola. Das 83 crianças indicadas para o estudo, 37 (44%) tinham a fissura transforame, 30 (36%) tinham a pós-forame incisivo e 16 (19%) tinham a fissura pré-forame. Quanto ao número de cirurgias já realizadas a Tabela 1 mostra que 78% foram submetidas de uma a três cirurgias até o momento, 20% de quatro a seis e, 1% acima de sete cirurgias. Do total da amostra, 46% das crianças ocupavam a primeira posição na família e 51% tinham de um a dois irmãos.

Tabela 1: Distribuição Sociodemográfica

VARIÁVEIS DA FAMÍLIA			VARIÁVEIS DA CRIANÇA		
	FA	%		FA	%
Idade Mãe			Sexo		
21anos – 31anos 11meses	41	49,40	Masculino	48	57,83
32anos – 42anos e 11meses	37	44,58	Feminino	35	42,17
43anos – ou mais	05	6,02	Idade		
Escolaridade Mãe			3anos – 4anos e 3meses		
Analfabeto	0	0	4anos e 4 meses – 5anos e 10 meses	45	54,21
Ensino Fundamental Incompleto	3	3,61	Escola		
Ensino Fundamental Completo	8	9,64	Frequenta		
Ensino Médio	56	67,47	Não Frequenta	62	74,70
Ensino Superior	16	19,28		21	25,30
Ocupação Mãe			Tipo de Fissura		
Trabalha	54	65,06	Pré-Forame	16	19,28
Não Trabalha	28	33,74	Pós-Forame	30	36,14
Desempregada	01	1,20	Transforame	37	44,58
Idade Pai			Número de Cirurgias		
21anos – 31anos 11meses	33	39,76	1 a 3	65	78,31
32anos – 42anos e 11meses	38	45,78	4 a 6	17	20,48
43anos – ou mais	12	14,46	Acima de 7	01	1,21
Escolaridade Pai			Posição na Família		
Analfabeto	0	0	1ª	39	46,99
Ensino Fundamental Incompleto	13	15,66	2ª	27	32,53
Ensino Fundamental Completo	18	21,69	3ª	08	9,64
Ensino Médio	40	48,20	4ª ou mais	09	10,84
Ensino Superior	12	14,45	Nº de Irmãos		
Ocupação Pai			Nenhum		
Trabalha	76	91,57	1 a 2	33	39,76
Não Trabalha	0	0	3 a 4	43	51,81
Desempregado	4	4,82	Mais de 4	05	6,02
N/C	3	3,61		02	2,41
Estado Civil dos Pais					
Casados	43	51,81			
União Estável	18	21,69			
Separados	13	15,66			
Mãe Solteira	09	10,84			
Renda Familiar					
Até 1 SM	32	38,55			
2 a 4 SM	35	42,17			
5 a 7 SM	03	3,61			
Mais de 8 SM	13	15,66			
Parentes e/ou outras pessoas que moram na casa					
Nenhum	54	65,06			
1 a 2	27	32,53			
3 a 4	02	2,41			

FA= Frequência Absoluta

4.1.1 Critérios de Seleção da Amostra

Os critérios utilizados para a inclusão das díades na presente amostra foram os seguintes: a) a responsável deveria ser mãe biológica da criança; e b) a criança deveria apresentar fissura labiopalatina: pré-forame incisivo, pós-forame incisivo ou transforame, sem outros comprometimentos, tais como: síndromes associadas, deficiência mental e/ou quaisquer outros distúrbios que comprometessem os aspectos cognitivos ou emocionais.

4.2 Local

A coleta de dados ocorreu em uma sala no setor de Psicologia, do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), situado na cidade de Bauru, estado de São Paulo.

4.3 Materiais

4.3.1 Protocolo de Entrevista

Para caracterizar as condições sociodemográficas foi utilizado um protocolo de entrevista, que consistiu de perguntas abertas e fechadas, com informações referentes à identificação da criança (idade, sexo, escolaridade, tipo de fissura, número de cirurgias, posição da criança na família e número de irmãos) e dados dos componentes familiares (idade dos pais, escolaridade dos pais, ocupação dos pais, estado civil, renda familiar, parentes e/ou outras pessoas que moram na casa) (Apêndice I). Este protocolo foi desenvolvido pela pesquisadora especificamente para este estudo.

4.3.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Para a identificação dos indicadores de depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), que consiste numa escala de auto-relato, composta por 21 conjuntos de declarações sobre os sintomas depressivos nos últimos 15 dias. Cada grupo apresenta quatro alternativas, que podem ser classificados em uma escala ordinal de 0 a 3, produzindo escores totais que variam de 0 a 63 (GORESTEIN; WANG; ARGIMON; WERLANG, 2011). As questões presentes no BDI-II referem-se a: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) fracasso passado; 4) perda de prazer; 5) sentimentos de culpa; 6) sentimentos de punição; 7) autoestima; 8) autocrítica; 9) pensamentos ou desejos suicidas; 10) choro; 11) agitação; 12) perda de interesse; 13) indecisão; 14) desvalorização; 15) falta de energia; 16) alterações no padrão de sono; 17) irritabilidade; 18) alterações de apetite; 19) dificuldade de concentração; 20) cansaço ou fadiga e, 21) perda de interesse por sexo (GORESTEIN et al., 2011).

Internacionalmente, essa escala tem sido usada para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos em pessoas de diferentes faixas etárias, tanto da população clínica como da população em geral. No Brasil, porém, esta escala não objetiva a realização de um diagnóstico, mas uma avaliação de manifestações comportamentais de depressão. Além disso, a versão traduzida e adaptada para o Brasil apresenta níveis de escores apenas para pacientes psiquiátricos (CUNHA, 2001; GORESTEIN et al., 2011). A literatura, então, sugere que os critérios que têm sido utilizados para pacientes não diagnosticados com transtornos psiquiátricos sejam: pontuação maior que 15, indicativo de disforia e pontuação maior que 20, indicativo de depressão (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008). Coloca-se, ainda, que não há indicações clínicas e epidemiológicas de que as características da depressão sejam diferentes na população brasileira, embora este critério

(maior que 15, indicativo de disforia e, maior que 20, indicativo de depressão) nunca tenha sido testado para a população do Brasil (GORESTEIN; ANDRADE, 2000).

O BDI-II apresenta uma elevada consistência interna, com coeficiente *alfa de Cronbach* em torno de 0,90 para a amostra total, por gênero e para as diversas subamostras estudadas (GORESTEIN et al., 2011; GOMES-OLIVEIRA, GORENSTEIN; NETO; ANDRADE; WANG, 2012). Além disso, o manual orienta que os itens desse instrumento podem ser lidos em voz alta pelo aplicador para indivíduos que possuam dificuldades de leitura ou problemas de concentração.

4.3.3 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Para avaliar os indicadores de ansiedade materna utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O Inventário IDATE foi desenvolvido por Spielberger no ano de 1970, traduzido e validado para a população brasileira por Biaggio e Natalício em 1979. Trata-se de uma escala de auto-avaliação para jovens e adultos, utilizado para a monitorização de estados ansiosos. Este instrumento é composto de duas subescalas de 20 itens cada, elaboradas para medir duas formas distintas de ansiedade: estado (A-Estado) e traço (A-Traço) (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). A Ansiedade-Estado diz respeito a uma condição emocional transitória, que se caracteriza pelo aumento subjetivo da tensão, enquanto que a Ansiedade-Traço refere-se a uma condição estável do indivíduo, representando o modo como esse reage às situações estressantes ou de conflito (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006). O indivíduo deve responder avaliando a si mesmo em uma escala de quatro pontos, baseado na intensidade (absolutamente não, um pouco, bastante, muitíssimo) para a escala de Ansiedade-Estado e na frequência (quase nunca, às vezes, frequentemente, quase sempre) para a escala de Ansiedade-

Traço. O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. Para evitar a influência da “tendência à aquiescência” nas respostas, alguns itens são pontuados de maneira inversa, isto é, as respostas marcadas com 1, 2, 3 ou 4 recebe o valor de 4, 3, 2 ou 1 respectivamente. A escala IDATE-Estado contém dez itens computados desta maneira (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) enquanto que a escala IDATE-Traço contém sete itens invertidos (1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19) (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

No caso do participante omitir um ou dois itens na escala de ansiedade-traço ou na de ansiedade-estado, sua avaliação proporcional é obtida com a determinação do valor médio dos itens respondidos, a multiplicação desse valor por vinte e, em seguida, seu arredondamento para o número mais alto seguinte (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Os pontos são totalizados em um escore bruto que, por não permitir a comparação entre os indivíduos, é convertido para uma escala normalizada, de acordo com as normas do teste. O escore normalizado diferencia os indivíduos em uma hierarquia, ou seja, possibilita comparar o nível de ansiedade do indivíduo com a população média (normal) (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

As correlações entre a escala original e a brasileira variaram de 0,06 a 0,58, com média de 0,34 para A-Estado e de 0,24 a 0,92 com uma média de 0,51 para A-Traço. Sua fidedignidade no teste-reteste foi de 0,74 para A-Estado e 0,83 para A-Traço. A consistência interna *Alfa* A-Estado masculino, obteve o valor de 0,93 e feminino de 0,88, enquanto que a A-Traço masculino obteve o valor de 0,93 e feminino de 0,87 (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

4.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

O estresse materno foi avaliado pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (LIPP, 2000). O Inventário ISSL é composto de três quadros que permitem que sejam identificados: a) sintomas significativos de estresse; b) em que fase do estresse a pessoa se encontra: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão e, c) qual a sintomatologia mais presente: somática ou psicológica.

A fase de alerta é considerada a fase positiva do estresse. O organismo produz adrenalina, que gera energia e vigor na pessoa. Se o estresse continuar presente pode-se chegar à fase de resistência, em que a pessoa tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. A terceira fase (quase-exaustão) é caracterizada pelo enfraquecimento do organismo, que não está mais conseguindo se adaptar ou resistir ao fator estressor. Nesta fase, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Na exaustão, fase final do estresse, podem ocorrer doenças graves (LIPP; MALAGRIS, 1995).

No primeiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e três psicológicos, o respondente assinala com F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. No segundo quadro, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, o respondente marca com F2 ou P2 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado na última semana. No terceiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, assinala-se com F3 ou P3 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentados no último mês. Na sequência, somam-se os escores P+F por quadro, de modo que se tenham três escores, um para cada quadro do inventário. Essas somas devem ser escritas na folha de respostas e serão encontradas suas porcentagens correspondentes para a correção e avaliação do instrumento nas três tabelas de correção que estão presentes no Manual do

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000). No total, o ISSL inclui 37 itens de natureza somática e 19 psicológica. O instrumento foi validado em 1994 por Lipp e Guevara e vem sendo utilizado em várias pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse (LIPP, 2000).

4.3.5 Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos)

Para a identificação dos indicadores de problemas de comportamento das crianças foi utilizado o Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos). A versão de 1½ a 5 anos é recente (ACHENBACH; RESCORLA, 2000) e foi elaborada para avaliar questões específicas da faixa etária pré-escolar. É um instrumento constituído de 99 itens, destinados à avaliação de problemas comportamentais de crianças. A partir do relato dos pais os itens relativos a problemas de comportamento são classificados de acordo com uma escala de três pontos: item falso ou comportamento ausente (score = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1) e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2). Registrados e somados em escalas, fornecem o perfil comportamental da criança. O perfil comportamental é avaliado através de sete eixos ou síndromes (Emocionalmente Reativa, Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas de Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo), além das escalas de Internalização, Externalização e do Funcionamento Global (Total). As síndromes Emocionalmente Reativa, Ansiedade e Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento formam a Escala de Internalização. Já a Escala de Externalização é composta pelas síndromes Problemas de Atenção e Comportamentos Agressivos. O Funcionamento Global é dado pela soma dos escores nos 99 itens (ACHENBACH; RESCORLA, 2000).

Uma versão eletrônica do CBCL, o ADM, possibilita a conversão dos escores brutos em escores T, baseados na frequência dos itens do CBCL na população americana. Os escores T indicam se o escore bruto encontrado está desviado do normal. Pontos de corte em escores T determinam as categorias não clínica, limítrofe e clínica para as escalas sociais e comportamentais (ACHENBACH; RESCORLA, 2000).

4.4 Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – USP/Bauru e recebeu parecer favorável (processo CEP-CAAE nº 05988512.2.0000.5441) (Anexo I).

Na pesquisa procurou-se assegurar a integridade física e moral de todas as mães e seus filhos participantes, abrangendo os aspectos éticos considerados essenciais em pesquisas com seres humanos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) (BRASIL, 1996). Desta forma, as mães foram informadas previamente sobre os objetivos e procedimentos, bem como da ausência de prejuízos e danos decorrentes de sua participação, além da possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer implicação para o tratamento do seu filho, salientando que a sua participação era voluntária. Ressaltou-se o compromisso do sigilo em relação às informações obtidas na pesquisa, conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Ago/2005). O consentimento foi solicitado mediante a apresentação e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) no qual todo procedimento e informações a respeito da pesquisa estavam descritas neste documento. Nesse termo estão incluídos dados como: instrumentos a serem respondidos pelas mães e tempo estimado de aplicação; confidência das informações, que essas serão utilizadas

apenas para divulgação em meios científicos; que os participantes podem se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento e/ou apresentar reclamações em relação a sua participação.

4.5. Procedimento da coleta dos dados

Foi realizado, junto à Central de Agendamento do Hospital, um levantamento dos pacientes que apresentavam apenas a fissura labiopalatina e que seriam convocados para consulta de rotina ambulatorial no período de setembro a dezembro de 2012. Por ocasião da consulta os atendimentos para possível participação no projeto foram agendados. No primeiro atendimento as mães foram informadas sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. Dirimidas as dúvidas e explicitados seus direitos e deveres foram convidadas a participar voluntariamente da mesma. Em caso de aceite as mães assinaram um termo de livre consentimento (Apêndice II), concordando com a sua participação, bem como a provável divulgação dos resultados em publicações científicas e eventos da área, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 1996).

Inicialmente foi aplicado, de forma individual, o protocolo de entrevista, contendo um roteiro de coleta de dados sociodemográficos, com o objetivo de caracterizar a amostra deste estudo. A aplicação do protocolo foi realizada pela própria pesquisadora, que registrou as respostas.

Logo após, seguiu-se com a aplicação dos instrumentos para avaliar os sintomas emocionais maternos. As mães receberam uma cópia dos protocolos do BDI, IDATE e ISSL de cada vez e a pesquisadora, com uma cópia em mãos, elucidou em voz alta as instruções de cada escala.

Primeiramente, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). As mães foram informadas que o questionário consistia em 21 grupos de afirmações. As mães deveriam

ler cuidadosamente cada grupo e, depois, circular em torno do número (0, 1, 2 ou 3) que melhor descrevia a maneira como se sentiam nos últimos 15 dias, incluindo o dia presente. Quando as mães apontavam duas ou mais afirmações como apropriadas à maneira como se sentiam, então, era solicitado a registrar a mais alta delas. No caso de dúvida entre diferentes alternativas de certo item, foram orientadas a fazer sua escolha de acordo com sua primeira impressão. O tempo de duração de cada aplicação foi de aproximadamente dez a vinte minutos.

Em seguida, foi administrado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). As mães foram informadas que o instrumento era constituído por dois questionários e que tratava-se de algumas afirmações que descreviam sentimentos pessoais. Foi solicitada às mães uma leitura atenciosa das afirmações da Parte I e II do protocolo. Também foram instruídas a assinalar com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4) à direita de cada afirmativa. De acordo com as instruções da Parte I, foi solicitado o registro de uma afirmativa que melhor indicava como as mães se sentiam naquele momento, no presente dia. Para a Parte II, solicitava-se um círculo na afirmativa que melhor indicava como as mesmas geralmente se sentiam. As mães eram também motivadas a responder ao teste de maneira mais sincera possível. O tempo de cada aplicação durou em média de cinco a 15 minutos.

Dando prosseguimento à testagem dos sintomas maternos, logo em seguida, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL. As mães foram informadas que o questionário consistia em três quadros que apresentavam indicadores de sintomas de estresse, nos quais as participantes deveriam referir presença ou ausência. Foi solicitada às mães uma leitura atenciosa das informações contidas antes da relação dos sintomas, frisando o período de tempo a que cada quadro do teste se referia (Quadro 1: 24 horas; Quadro 2: uma semana; Quadro 3: um mês) e o registro de F1 e P1 no quadro 1, F2 e P2 no quadro 2 e F3 e P3 no quadro 3. Sua aplicação durou aproximadamente dez minutos.

Finalmente foi aplicado o Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos). As mães foram informadas que o questionário referia-se a uma lista de itens que descrevia comportamentos de crianças. Foi solicitado para que as mesmas pensassem em sua criança nos dois últimos meses até o momento presente e circulassem o item 2 quando o comportamento era verdadeiro ou frequentemente verdadeiro para a criança, 1 se o item fosse levemente verdadeiro ou às vezes verdadeiro para a criança e 0 se o item não fosse verdadeiro para a criança. O tempo de duração de cada aplicação foi de aproximadamente de dez a vinte minutos.

Quando as mães consideravam finalizada a testagem de cada protocolo, a pesquisadora revisava cuidadosamente todo o material, para verificar se algum item tinha sido saltado ou omitido. No caso de omissão, as mães eram solicitadas a responder o item.

A aplicação dos instrumentos foi realizada pela própria pesquisadora, de forma individual, com todas as condições de privacidade, no setor de Psicologia do HRAC. Foi dada a opção às mães de lerem e preencherem sozinhas os questionários, após a explicação ou, então, a pesquisadora poderia ler os questionários para elas. Independentemente da escolha feita pela mãe, suas dúvidas ou as terminologias não compreendidas foram elucidadas, sempre que solicitada a ajuda da pesquisadora.

4.6 Tratamento e Análise dos dados

4.6.1. Codificação

- **Entrevista:** Utilizada para a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, foi quantificada sob a forma de frequência e porcentagem.
- **Inventário de Depressão de Beck (BDI-II):** Os dados do BDI-II foram codificados seguindo as normas propostas por Gorestein et al. (2011). Utilizaram-se os critérios sugeridos

para pacientes não-diagnosticados: pontuação maior que 15, indicativo de disforia e, pontuação maior que 20, indicativo de depressão (GORESTEIN; ANDRADE, 2000).

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE):** Os dados do IDATE foram codificados seguindo as normas propostas por Spielberger, Biaggio e Natalício (1979). Utilizou-se o critério de corte de pontuação igual ou acima do percentil 75, como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, conforme Pinto, Padovani e Linhares (2009).

- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL):** Os dados do ISSL foram codificados seguindo as normas propostas por Lipp (2000). Utilizou-se neste trabalho o critério de classificação „não possui sinais significativos de estresse“ e „possui sinais significativos de estresse“.

- **Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos)²:** Para a correção do CBCL foi utilizado o *Software Assessment Data Manager 7.0* (ADM 7.0). O programa ADM 7.0 ao corrigir as respostas fornecidas aos itens do CBCL classifica a criança a partir de categorias „clínica“, „limítrofe“ e „não-clínica“. O presente estudo optou por incluir as crianças categorizadas como Limítrofes na categoria Clínica, conforme recomendação de Achenbach, para pesquisas com o CBCL. Os valores para análise dos escores para as síndromes Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo e Problemas de Sono foram: limítrofe - escores entre 65 a 69; e clínico - escores acima de 70. Por meio da análise dos itens dessas síndromes, obteve-se também uma caracterização da criança quanto a seu Funcionamento Global (clínica, normal ou limítrofe) e nos perfis Internalizante e Externalizante. Os valores para análise dos escores em Funcionamento Global, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante foram: limítrofe - escores entre 60 e 63; clínico - escores superiores a 64; e normal - escores inferiores a 60 (ACHENBACK; RESCORLA, 2000).

² A versão utilizada do Child Behavior Checklist (CBCL versão 1½ a 5 anos) não apresenta normas brasileiras, somente norte-americana.

4.6.2. Análise dos dados

Os dados foram codificados e digitados em planilhas do programa Excel[®], compondo um banco de dados para serem analisados utilizando o pacote estatístico *Statistica Versão 12.0* (Stat Soft Inc., Tulsa, USA). Inicialmente foram realizadas análises descritivas a fim de caracterizar o perfil dos participantes quanto às características sociodemográficas, utilizando medidas de frequência e porcentagem.

Para verificar as possíveis relações entre os indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade (estado e traço) e estresse e indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina utilizou-se o Teste ρ de Spearman. Para as associações entre duas variáveis foram utilizados o Teste do Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher conforme distribuição das variáveis. Adotou-se em todas as análises como critério de significância de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Nesta seção, serão descritos, primeiramente, os resultados referentes aos indicativos emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e na sequência, serão apresentadas as correlações e as associações entre estes indicativos. Em seguida, serão descritos os indicadores de problemas de comportamento das crianças avaliadas conforme o relato das mães, bem como, suas correlações e associações. Ao final serão apresentadas as correlações e associações dos indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) com os problemas de comportamento infantil.

5.1 Descrição dos indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)

A Tabela 2 apresenta os dados referentes aos obtidos com o BDI. Observou-se que a 18,1% das mães apresentaram indicadores para sintomas de depressão.

Tabela 2. Distribuição dos dados referentes à depressão na amostra estudada.

SINTOMAS	FREQUÊNCIA	
	n	%
Com Sinais (>15)	15	18,1
Sem Sinais (< 15)	68	81,9

A Ansiedade é avaliada em termos de Traço e Estado. Das mães avaliadas 74,7% apresentaram Ansiedade Traço Controlada e 84,3% Ansiedade Estado Controlada (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos dados referentes à Ansiedade Traço e Estado na amostra estudada.

ANSIEDADE	Ansiedade Controlada		Ansiedade Clínica	
	Percentil até 74 (escore até 47)		Percentil até 75 (escore até 48)	
	n	%	n	%
Traço	62	74,7	21	25,3
Estado	70	84,3	13	15,7

O estresse foi avaliado em termos de presença e ausência, fases e sintomas. Das mães participantes da amostra estudada 60,2% não apresentaram estresse conforme mostra a Tabela 4. Das que apresentaram estresse a maioria (90,9%) estava na fase de resistência e 8,1% estavam nas fases de Quase Exaustão e Exaustão. Quanto ao tipo de sintoma apresentado a maioria das mães com indicadores de estresse apresentaram sintomas psicológicos (87,8%).

Tabela 4. Distribuição dos dados referentes ao estresse na amostra estudada.

PRESENÇA/AUSÊNCIA	FREQUÊNCIA	
	n	%
Sim	33	39,8
Não	50	60,2
FASES DE ESTRESSE		
Exaustão	1	3,2
Quase Exaustão	2	5,9
Resistência	30	90,9
SINTOMAS DO ESTRESSE		
Psicológicos	29	87,8
Físicos	3	9
Psicológicos/Físicos	1	3,2

5.1.1 Correlações e associações entre os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)

A análise estatística não paramétrica ρ de Spearman apontou correlação ($p < 0,05$) entre os resultados obtidos em ansiedade-estado, ansiedade-traço, depressão e estresse. Os dados entre os diferentes constructos analisados (depressão, ansiedade traço e estado e estresse)

apontaram para uma correlação linear positiva entre as variáveis. Por exemplo, os valores altos na variável ansiedade-estado tendem a ser associados com os valores altos na variável depressão, ou seja, aumentos nos valores de uma variável são acompanhados por aumentos nos valores da segunda variável, de acordo com a Tabela 5. Porém, se considerarmos que o *Rho* oscilaram entre 0 e 1, observa-se que os valores de magnitude das correlações da amostra estudada oscilou entre 0,34 e 0,65, o que indica uma baixa ($0,2 \leq /R/ < 0,4$) e moderada ($0,4 \leq /R/ < 0,6$) correlação entre as variáveis, ou seja, os valores preditivos para a associação entre as variáveis ansiedade-estado e traço, depressão e estresse são escassos e deve haver outros fatores que estão influenciando estes problemas emocionais nesta população.

Tabela 5. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação de depressão (BDI), ansiedade (estado e traço) (IDATE) e estresse (ISSL).

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	<i>Rho</i>	p
Ansiedade-Estado x Ansiedade-Traço	0,65	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Depressão	0,49	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Estresse	0,34	0,002*
Ansiedade Traço x Depressão	0,58	< 0,001*
Ansiedade Traço x Estresse	0,35	0,001*
Depressão x Estresse	0,51	< 0,001*

* Correlação Estatística Significativa ($p < 0,05$)

Considerando que as variáveis do estudo são categóricas (qualitativas nominais e ordinais) foi realizado o Teste Estatístico do Qui-quadrado (χ^2) e o Teste Exato de Fisher para verificar as associações entre os indicadores emocionais maternos observados, conforme mostra a Tabela 6. Para as associações foi utilizada a Tabela de Contingência (2x2), ou seja, teste para dois grupos e dois fatores, considerando o grau de liberdade $(c - 1) \times (l - 1)$ igual a 1. Consultada a Tabela do χ^2 , considerou-se o valor crítico para α de 5% igual a 3,841. O Teste Exato de Fisher foi considerado quando uma ou mais células tinham a frequência esperada igual ou inferior a cinco.

Observou-se que das 13 mães avaliadas com ansiedade-estado, nove (69,2%) apresentam ansiedade-traço, oito (61,5%) depressão e oito (61,5%) estresse, das 70 mães avaliadas com ansiedade controlada, 12 (17,1%) apresentam ansiedade-traço, sete (10%) depressão e 25 (35,7%) estresse. Todavia, nota-se associação entre os indicadores de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão ($p < 0,001$), ou seja, as mães com indicadores clínicos de ansiedade-estado concomitantemente apresentam indicadores clínicos para ansiedade-traço e depressão. Ao identificar as mães com ansiedade-traço, nota-se associação ($p < 0,001$) com a depressão e o estresse. Das 21 mães avaliadas com ansiedade-traço, 11 (52,4%) apresentam depressão e 16 (76,2%) estresse, das 62 mães identificadas com ansiedade-traço controlada, quatro apresentam depressão (6,5%) e 17 (27,4%) estresse. Portanto, a proporção de mães que apresentam indicadores clínicos de ansiedade-traço concomitantemente com os indicadores clínicos para depressão e estresse é alta. Observa-se também associação ($p < 0,001$) quando se cruzam os dados de depressão com os de estresse. Das 15 mães identificadas com depressão, 12 (80%) apresentam estresse e das 68 sem indicativos para depressão, 21 (30,9%) apresentam estresse. Podemos destacar que as mães com indicadores clínicos para depressão, concomitantemente apresentam indicadores para ansiedade-estado, ansiedade-traço e estresse.

Tabela 6. Associações entre os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade estado e traço e estresse) conforme Teste do Qui-quadrado e Teste exato de Fisher

INDICADORES EMOCIONAIS	ANSIEDADE-ESTADO				ANSIEDADE-TRAÇO				DEPRESSÃO										
	Controlada (n=70)		Clínica (n=13)		Controlada (n=62)		Clínica (n=21)		Sem (n=68)		Com (n=15)								
	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p	
Ansiedade-Traço																			
Controlada	58	82,9	4	30,8	15,74	<0,001**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica	12	17,1	9	69,2			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Depressão																			
Sem Depressão	63	90	5	38,5	19,67	<0,001**	58	93,5	10	47,6	22,35	<0,001**	-	-	-	-	-	-	-
Com Depressão	7	10	8	61,5			4	6,5	11	52,4			-	-	-	-	-	-	-
Estresse																			
Sem Estresse	45	64,3	5	38,5	3,05	0,081*	45	72,6	5	23,8	15,58	<0,001*	47	69,1	3	20	12,38	<0,001*	-
Com Estresse	25	35,7	8	61,5			17	27,4	16	76,2			21	30,9	12	80			-

*Chi-Square Test

** Fisher's Exact Test

5.2 Descrição dos problemas de comportamento das crianças com fissura labiopalatina

Outro conjunto de dados obtidos se refere à descrição da presença/ausência de problemas de comportamento das crianças com fissura labiopalatina, de acordo com o relato das mães ao responder ao CBCL (Tabela 7). Quanto aos problemas de comportamento internalizantes observou-se que 56,6% das mães relataram que seus filhos os apresentam em nível clínico. Com relação aos externalizantes 31,3% relataram a presença deles, também em nível clínico, no repertório comportamental de seus filhos. Considerando o total de problemas de comportamento, 47% revelaram sua presença em nível clínico.

Tabela 7. Descrição dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais avaliados pelo CBCL, de acordo com o relato das mães.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	FREQUENCIA			
	Não Clínico		Clínico	
	N	%	n	%
Internalizantes	36	43,4	47	56,6
Externalizantes	57	68,7	26	31,3
Problemas Totais	44	53	39	47

Quanto às dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL a Tabela 8 mostra que 49,4% das crianças apresentam indicadores clínicos para problemas de déficit de atenção e hiperatividade, 48,2% para problemas de ansiedade, 39,8% apresentam indicadores clínicos para problemas do desenvolvimento, 36,1% para problemas afetivos e 28,9% para problema opositor-desafiante.

Tabela 8. Dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL.

DIMENSÕES DSM	FREQUENCIA			
	Não clínico		Clínico	
	n	%	n	%
Problemas Afetivos	53	63,9	30	36,1
Problemas Ansiedade	43	51,8	40	48,2
Problemas Desenvolvimento	50	60,2	33	39,8
Problemas Déficit Atenção e Hiperatividade	42	50,6	41	49,4
Problemas Opositor-Desafiante	59	71,1	24	28,9

Considerando o perfil comportamental das crianças avaliadas através dos sete eixos ou síndromes que compõem o CBCL, a Tabela 9 mostra indicadores clínicos para „ansiedade/depressão“ (27,7%), seguidos de „problemas de atenção“ (21,7%), „emocionalmente reativa“ (19,3%), „isolado“ (18%), „comportamento agressivo“ (16,9%), „queixas somáticas“ (15,7%) e „problemas de sono“ (8,4%).

Tabela 9. Eixos ou Síndromes avaliadas pelo CBCL.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	FREQUÊNCIA			
	Não Clínico		Clínico	
	n	%	n	%
Emocionalmente Reativa	67	80,7	16	19,3
Ansiedade/Depressão	60	72,3	23	27,7
Queixas Somáticas	70	84,3	13	15,7
Isolado	68	82	15	18
Problemas de Sono	76	91,6	7	8,4
Problemas de Atenção	65	78,3	18	21,7
Comportamento Agressivo	69	83,1	14	16,9

5.2.1 Correlações e associações entre os diferentes indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina

Outra análise conduzida foi identificar se havia correlação entre os diferentes indicadores comportamentais das crianças avaliados pelas mães por meio do CBCL. Utilizando o Teste ρ de Spearman nota-se correlação linear positiva entre todos os indicadores

comportamentais das crianças. Por exemplo, os valores altos na variável internalizante tendem a ser associados com os valores altos na variável externalizante, ou seja, aumentos nos valores de uma variável são acompanhados por aumentos nos valores da segunda variável, de acordo com a Tabela 10. Considerando que o *Rho* oscila entre 0 e 1, observa-se que os valores de magnitude das correlações da amostra estudada oscilou entre 0,25 a 0,87, o que indica uma baixa ($0,25 \leq R < 0,4$), moderada ($0,42 \leq R < 0,52$), forte ($0,61 \leq R < 0,80$) e muito forte ($0,86 \leq R < 0,87$) correlação entre as variáveis. Portanto, ao considerar os coeficientes de correlações com valores de magnitude „forte“ (0,61 a 0,80) e „muito forte“ (0,81 a 1,0) podemos inferir que há uma interdependência e superposição entre as variáveis, o que infla artificialmente a correlação entre os itens. Todavia, ao considerarmos os coeficientes de correlações com valores de magnitude „baixa“ e „moderada“ podemos inferir que deve haver outros fatores que estão influenciando os problemas comportamentais nesta população.

Tabela 10. Correlações entre os resultados obtidos com o instrumento CBCL.

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	Rho	p
Internalizante x Externalizante	0,52	< 0,001*
Internalizante x Total de Problema	0,78	< 0,001*
Internalizante x Problema Afetivo	0,61	< 0,001*
Internalizante x Problema Ansiedade	0,59	< 0,001*
Internalizante x Problemas de Desenvolvimento	0,77	< 0,001*
Internalizante x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,38	< 0,001*
Internalizante x Problema de Conduta	0,50	< 0,001*
Externalizante x Total de Problema	0,87	< 0,001*
Externalizante x Problema Afetivo	0,50	< 0,001*
Externalizante x Problema Ansiedade	0,39	< 0,001*
Externalizante x Problemas de Desenvolvimento	0,37	< 0,001*
Externalizante x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,86	< 0,001*
Externalizante x Problema de Conduta	0,80	< 0,001*
Total de Problema x Problema Afetivo	0,66	< 0,001*
Total de Problema x Problema Ansiedade	0,61	< 0,001*
Total de Problema x Problemas de Desenvolvimento	0,63	< 0,001*
Total de Problema x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,70	< 0,001*
Total de Problema x Problema de Conduta	0,72	< 0,001*
Problema Afetivo x Problema Ansiedade	0,42	< 0,001*
Problema Afetivo x Problemas de Desenvolvimento	0,47	< 0,001*
Problema Afetivo x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,33	< 0,001*
Problema Afetivo x Problema de Conduta	0,42	< 0,001*
Ansiedade x Problemas de Desenvolvimento	0,40	< 0,001*
Ansiedade x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,25	0,022*
Ansiedade x Problema de Conduta	0,36	0,001*
Problema do Desenvolvimento x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,31	0,005*
Problema do Desenvolvimento x Problema de Conduta	0,30	0,006*
Déficit de Atenção e Hiperatividade x Problema de Conduta	0,61	< 0,001*

* Correlação Estatística Significativa ($p < 0,05$)

Para verificar as associações entre os dados sociodemográficos (gênero, idade e tipo de fissura) e os problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL foi realizado o Teste Estatístico do Qui-quadrado, conforme os dados a seguir. Para as associações foi utilizada a Tabela de Contingência (2x2) e (2x3), ou seja, teste para dois grupos e dois/três fatores, considerando o grau de liberdade $(c - 1) \times (l - 1)$ igual a 1 ou 2. Consultada a Tabela do χ^2 , considerou-se o valor crítico para α de 5% igual a 3,841 e 5,991.

Na Tabela 11, observa-se que os comportamentos internalizantes em nível clínico ocorrem para 56,3% dos meninos e para 60% das meninas, enquanto que os externalizantes ocorrem para 37,5% dos meninos e para 25,7% das meninas. Quanto aos problemas totais eles

estão mais presentes no comportamento dos meninos (47,9%) do que no das meninas (42,9%). Todavia, as associações observadas não foram significativas.

Tabela 11. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com o gênero das crianças.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	MASCULINO (n=48)				FEMININO (n=35)				χ^2	P
	Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Internalizantes	21	43,7	27	56,3	14	40	21	60	0,12	0,733
Externalizantes	30	62,5	18	37,5	26	74,3	9	25,7	1,28	0,258
Problemas Totais	25	52,1	23	47,9	20	57,1	15	42,9	0,21	0,648

As crianças tinham entre três e cinco anos e dez meses de idade. Elas foram divididas em duas faixas etárias: 3 anos a 4 anos e 3 meses (n=38) e 4 anos e 4 meses em diante (n=45), conforme mostra Tabela 12. O grupo de crianças mais velhas apresentou mais comportamentos internalizantes em nível clínico (62,2%) do que as crianças mais novas (52,6%). Quanto aos externalizantes as crianças mais novas (34,2%) o apresentaram mais do que as crianças mais velhas (31,1%). Para os problemas totais as crianças mais velhas o apresentaram mais (46,7%) do que as crianças mais novas (44,7%). Entretanto, as associações observadas não foram significativas.

Tabela 12. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com a idade das crianças.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	3 anos a 4 anos e 3 meses (n=38)				4 anos e 4 meses em diante (n=45)				χ^2	P
	Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Internalizantes	18	47,4	20	52,6	17	37,8	28	62,2	0,78	0,378
Externalizantes	25	65,8	13	34,2	31	68,9	14	31,1	0,09	0,764
Problemas Totais	21	55,3	17	44,7	24	53,3	21	46,7	0,03	0,860

Todas as crianças da amostra tinham fissura do forame e para esta análise foram divididas em pré-forame (n=16), pós-forame (n=30) e transforame (n=37). Das crianças, 62,5% das com fissura pré-forame apresentaram comportamentos internalizantes em nível clínico, 70% das com fissura pós-forame e 45,9% com fissura transforame. Quanto aos comportamentos externalizantes, 18,7% das crianças com fissura pré-forame o apresentaram, 30% das com pós-forame e 40,5% das crianças com fissura transforame. Quanto aos problemas totais, 37,5% das crianças com fissura pré-forame o apresentaram, 43,3% das crianças com fissura pós-forame e 51,4% das crianças com fissura transforame (Tabela 13). Todavia, a Tabela 13 mostra que não há diferença significativa quanto às variáveis tipos de fissura e problemas de comportamento (internalizantes, externalizantes e problemas totais).

Tabela 13. Associação dos comportamentos internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o relato das mães, com o tipo de fissura das crianças.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	PRÉ-FORAME (n=16)		PÓS-FORAME (n=30)		TRANSFORAME (n=37)		χ^2	p						
	Não Clínico	Clínico	Não Clínico	Clínico	Não Clínico	Clínico								
	N	%	n	%	n	%			n	%				
Internalizantes	6	37,5	10	62,5	9	30	21	70	20	54,1	17	45,9	4,11	0,128
Externalizantes	13	81,3	3	18,7	21	70	9	30	22	59,5	15	40,5	2,55	0,279
Problemas Totais	10	62,5	6	37,5	17	56,7	13	43,3	18	48,6	19	51,4	0,98	0,614

A Tabela 14 revela maior frequência de problemas de desenvolvimento para ambos os gêneros (33,3% meninos e 31,4% meninas). Considerando os indicadores clínicos para os problemas de ansiedade e déficit de atenção e hiperatividade, os meninos apresentam 25% (respectivamente), enquanto que as meninas apresentam 25,7% de indicadores para problemas de ansiedade e 20% para os problemas de déficit de atenção e hiperatividade. Os meninos encontram-se em risco para problemas afetivos e opositor-desafiante (18,7%, respectivamente), enquanto que as meninas apresentam 11,4% (respectivamente) para os

mesmos problemas. Entretanto, nota-se também, que não há, para a amostra estudada, associação entre o gênero e às dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL.

Tabela 14. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com o gênero das crianças.

DIMENSÕES DSM	MASCULINO (n=48)				FEMININO (n=35)				χ^2	p
	Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Problemas Afetivos	39	81,3	9	18,7	31	88,6	4	11,4	0,82	0,365
Problemas Ansiedade	36	75	12	25	26	74,3	9	25,7	0,01	0,941
Problemas Desenvolvimento	32	66,7	16	33,3	24	68,6	11	31,4	0,03	0,855
Problemas Déficit Atenção e Hiperativ.	36	75	12	25	28	80	7	20	0,29	0,592
Problemas Opositor-Desafiante	39	81,3	9	18,7	31	88,6	4	11,4	0,82	0,365

Considerando a idade das crianças avaliadas, a Tabela 15 mostra que 33,3% das crianças mais velhas, apresentam indicadores clínicos para problemas de desenvolvimento, enquanto que as crianças mais novas apresentam 31,6%. Com relação aos problemas de ansiedade e déficit de atenção e hiperatividade, nota-se que as crianças mais novas apresentam indicadores clínicos (28,9% e 26,3%, respectivamente), enquanto que as mais velhas apresentam 22,2% e 20%, respectivamente. No que se refere aos problemas afetivos e opositor-desafiante, as crianças mais velhas apresentam maiores indicadores (17,8% e 15,6%, respectivamente), enquanto que as mais novas apresentam 13,2% e 7,9%, respectivamente. Os dados mostram que não há, para a população estudada, associação significativa entre idade e as dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL.

Tabela 15. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com a idade das crianças.

DIMENSÕES DSM	3 anos a 4 anos e 3 meses (n=38)				4 anos e 4 meses em diante (n=45)				χ^2	p
	Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Problemas Afetivos	33	86,8	5	13,2	37	82,2	8	17,8	0,33	0,564
Problemas Ansiedade	27	71,1	11	28,9	35	77,8	10	22,2	0,49	0,483
Problemas Desenvolvimento	26	68,4	12	31,6	30	66,7	15	33,3	0,03	0,865
Problemas Déficit Atenção e Hiper.	28	73,7	10	26,3	36	80	9	20	0,47	0,495
Problemas Opositor-Desafiante	35	92,1	3	7,9	38	84,4	7	15,6	1,14	0,286

A Tabela 16 mostra que as crianças com a fissura pré-forame apresentam 31,2% de „problemas de ansiedade“ e „problemas de desenvolvimento“, respectivamente, enquanto que as crianças com a fissura pós-forame apresentam 36,7% de „problemas de desenvolvimento“ e 26,7% de „déficit de atenção e hiperatividade“ e as com fissura transforame, 29,8% de „problemas de desenvolvimento“ e 27% de „problemas de ansiedade“ e „déficit de atenção e hiperatividade“, respectivamente. Todavia, as associações observadas não foram significativas.

Tabela 16. Associação das dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL com os tipos de fissuras das crianças.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	PRÉ-FORAME (n=16)				PÓS-FORAME (n=30)				TRANSFORAME (n=37)				χ^2	p
	Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Problemas Afetivos	12	75	4	25	26	86,7	4	13,3	32	86,5	5	13,5	1,31	0,520
Problemas Ansiedade	11	68,8	5	31,2	24	80	6	20	27	73	10	27	0,80	0,669
Probl. Desenvolvimento	11	68,8	5	31,2	19	63,3	11	36,7	26	70,2	11	29,8	0,38	0,828
Probl. Déf. Atenç. Hiper.	15	93,8	1	6,2	22	73,3	8	26,7	27	73	10	27	3,11	0,211
Probl. Opos. Desafiante	14	87,5	2	12,5	24	80	6	20	32	86,5	5	13,5	0,68	0,713

A Tabela 17 mostra que 33,3% dos meninos apresentam indicadores clínicos para problemas „ansiedade/depressão“ e 25% para „comportamento agressivo“. No que se refere às

meninas, 22,9% apresentam indicadores clínicos para „emocionalmente reativa“ e 20% para „ansiedade/depressão“ e „problemas de atenção, respectivamente. Não obstante, os dados mostram associação estatisticamente significativa para o „comportamento agressivo“ ($p=0,020$) apenas.

Tabela 17. Associação dos Eixos ou Síndromes avaliadas pelo CBCL com o gênero das crianças.

DIMENSÕES DSM	MASCULINO (n=48)				FEMININO (n=35)				χ^2	p
	Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Emocionalmente Reativa	40	83,3	8	16,7	27	77,1	8	22,9	0,50	0,480
Ansiedade / Depressão	32	66,7	16	33,3	28	80	7	20	1,80	0,180
Queixas Somáticas	41	85,4	7	14,6	29	82,9	6	17,1	0,10	0,751
Isolado	39	81,2	9	18,8	29	82,9	6	17,1	0,04	0,851
Problemas de Sono	43	89,6	5	10,4	33	94,3	2	5,7	0,58	0,446
Problemas de Atenção	37	77,1	11	22,9	28	80	7	20	0,10	0,750
Comportamento Agressivo	36	75	12	25	33	94,3	2	5,7	5,37	0,020

A Tabela 18 mostra que as crianças mais novas apresentam indicadores clínicos para problemas „ansiedade e depressão“ (28,9%), „emocionalmente reativa“ e „comportamento agressivo“ (26,3%, respectivamente). Enquanto que as crianças mais velhas apresentam indicadores clínicos para „ansiedade/depressão“ (26,7%), „isolado“ e „problemas de atenção“ (20%, respectivamente). Todavia, os dados mostram associação significativa para o „comportamento agressivo“ ($p=0,035$).

Tabela 18. Associação dos Eixos ou Síndromes avaliadas pelo CBCL com a idade das crianças.

DIMENSÕES DSM	3 anos a 4 anos e 3 meses (n=38)				4 anos e 4 meses em diante (n=45)				χ^2	p
	Não clínico		Clínico		Não clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Emocionalmente Reativa	28	73,7	10	26,3	39	86,7	6	13,3	2,23	0,135
Ansiedade / Depressão	27	71,1	11	28,9	33	73,3	12	26,7	0,05	0,817
Queixas Somáticas	33	86,8	5	13,2	37	82,2	8	17,8	0,33	0,564
Isolado	32	84,2	6	15,8	36	80	9	20	0,25	0,619
Problemas de Sono	33	86,8	5	13,2	43	95,6	2	4,4	2,03	0,155
Problemas de Atenção	29	76,3	9	23,7	36	80	9	20	0,16	0,685
Comportamento Agressivo	28	73,7	10	26,3	41	91,1	4	8,9	4,46	0,035

Com relação aos tipos de fissura, nota-se na Tabela 19 que as crianças com pré-forame incisivo apresentam indicadores clínicos para problemas „ansiedade/depressão“ (50%), enquanto que 25% apresentam indicadores para „emocionalmente reativa“. As crianças com pós-forame incisivo apresentam indicadores clínicos para „emocionalmente reativa“ (26,7%), enquanto que 23,3% delas apresentam problemas de „atenção“. Já as com transforame incisivo, 27,1% apresentaram indicadores clínicos para „ansiedade/depressão“ e 24,3% delas para „problemas de atenção“. Entretanto, não há associações significativas entre o tipo de fissura e às síndromes avaliadas pelo CBCL.

Tabela 19. Associação dos Eixos ou Síndromes avaliadas pelo CBCL com os tipos de fissuras das crianças.

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS	PRÉ-FORAME (n=16)				PÓS-FORAME (n=30)				TRANSFORAME (n=37)				χ^2	p
	Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico		Não Clínico		Clínico			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Emocionalmente Reativa	12	75	4	25	22	73,3	8	26,7	33	89,1	4	10,9	3,09	0,213
Ansiedade /Depressão	8	50	8	50	25	83,3	5	16,7	27	72,9	10	27,1	5,80	0,055
Queixas Somáticas	13	81,3	3	18,7	24	80	6	20	33	89,1	4	10,9	1,20	0,548
Isolado	14	87,5	2	12,5	24	80	6	20	30	81	7	19	0,43	0,807
Problemas de Sono	14	87,5	2	12,5	28	93,3	2	6,7	34	91,9	3	8,1	0,47	0,791
Problemas de Atenção	14	87,5	2	12,5	23	76,7	7	23,3	28	75,7	9	24,3	0,99	0,608
Comport. Agressivo	14	87,5	2	12,5	25	83,3	5	16,7	30	81	7	19	0,33	0,848

5.3 Correlações e associações entre indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e indicadores comportamentais das crianças com fissura labiopalatina

Foi realizado o teste estatístico ρ de Spearman para verificar as possíveis correlações entre os indicadores emocionais maternos (ansiedade-estado, ansiedade-traço, depressão e estresse) e os indicadores comportamentais avaliados pelo CBCL. Conforme descritos na Tabela 20 considerando a ansiedade-estado e a ansiedade-traço observou-se correlações lineares positivas com os comportamentos internalizantes ($p < 0,001$, respectivamente), externalizantes ($p < 0,001$, respectivamente), total de problemas ($p < 0,001$, respectivamente), problema afetivo ($p < 0,001$ e $p = 0,001$), problema de ansiedade ($p = 0,006$ e $p < 0,001$), problemas de desenvolvimento ($p < 0,001$, respectivamente), déficit de atenção e hiperatividade ($p = 0,006$ e $p = 0,007$) e problema de conduta ($p = 0,020$ e $p = 0,032$). No que se refere aos indicadores para depressão nota-se correlação linear positiva com os comportamentos internalizantes ($p < 0,001$), externalizantes ($p = 0,016$), total de problemas ($p < 0,001$), problema afetivo ($p = 0,001$), problema de ansiedade ($p = 0,001$), problemas de desenvolvimento ($p < 0,001$), déficit de atenção e hiperatividade ($p = 0,031$). Para o estresse, observou-se correlação linear positiva com os comportamentos internalizante ($p = 0,018$) e problemas de desenvolvimento ($p = 0,001$) apenas. Pode-se destacar que, quando há um aumento nos valores de uma variável materna, conseqüentemente são acompanhados por um aumento nos valores da variável comportamental da criança.

Considerando que o *Rho* oscila entre 0 e 1, observa-se que os valores de magnitude das correlações da amostra estudada oscilou entre 0,05 e 0,55, o que indica muito fracas ($0,05 \leq |R| < 0,19$), fracas ($0,21 \leq |R| < 0,38$) e moderadas ($0,42 \leq |R| < 0,55$) correlações entre as variáveis, ou seja, os valores preditivos para a associação entre as variáveis maternas e

comportamento infantil são escassos e deve haver outros fatores que estão influenciando estes problemas comportamentais nas crianças desta amostra.

Tabela 20. Correlação entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação de depressão (BDI), ansiedade (IDATE) e estresse (ISSL) e CBCL.

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	Rho	p
Ansiedade-Estado x Internalizante	0,49	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Externalizante	0,38	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Total de Problema	0,55	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Problema Afetivo	0,38	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Problema de Ansiedade	0,30	0,006*
Ansiedade-Estado x Problemas de Desenvolvimento	0,46	< 0,001*
Ansiedade-Estado x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,30	0,006*
Ansiedade-Estado x Problema de Conduta	0,26	0,020*
Ansiedade-Traço x Internalizante	0,43	< 0,001*
Ansiedade-Traço x Externalizante	0,38	< 0,001*
Ansiedade-Traço x Total de Problema	0,49	< 0,001*
Ansiedade-Traço x Problema Afetivo	0,36	0,001*
Ansiedade-Traço x Problema de Ansiedade	0,29	0,007*
Ansiedade-Traço x Problemas de Desenvolvimento	0,42	< 0,001*
Ansiedade-Traço x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,29	0,007*
Ansiedade-Traço x Problema de Conduta	0,23	0,032*
Depressão x Internalizante	0,38	< 0,001*
Depressão x Externalizante	0,26	0,016*
Depressão x Total de Problema	0,38	< 0,001*
Depressão x Problema Afetivo	0,35	0,001*
Depressão x Problema de Ansiedade	0,36	0,001*
Depressão x Problemas de Desenvolvimento	0,44	< 0,001*
Depressão x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,24	0,031*
Depressão x Problema de Conduta	0,16	0,136
Estresse x Internalizante	0,26	0,018
Estresse x Externalizante	0,12	0,266
Estresse x Total de Problema	0,19	0,086
Estresse x Problema Afetivo	0,21	0,056
Estresse x Problema de Ansiedade	0,15	0,185
Estresse x Problemas de Desenvolvimento	0,36	0,001*
Estresse x Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,11	0,299
Estresse x Problema de Conduta	0,05	0,650

* Correlação Estatística Significativa ($p < 0,05$)

Outra análise conduzida foi o Teste Estatístico do Qui-quadrado (χ^2) e o Teste Exato de Fisher para verificar as possíveis associações entre os indicadores emocionais das mães e os problemas de comportamento dos filhos, conforme os dados abaixo. Para as associações foi utilizado a Tabela de Contingência (2x2), considerando o grau de liberdade $(c - 1) \times (l - 1)$

igual a 1. Consultada a Tabela do χ^2 , considerou-se o valor crítico para α de 5% igual a 3,841. O Teste Exato de Fisher foi considerado quando uma ou mais células tinham a frequência esperada igual ou inferior a cinco.

Observou-se na Tabela 21, que das 13 mães avaliadas com ansiedade-estado, oito (61,5%) delas avaliaram seus filhos com indicadores clínicos para problema externalizante, 11 (84,6%) para total de problema e 11 (84,6%) com déficit de atenção e hiperatividade e das 70 mães com ansiedade-estado controlada, 18 (25,7%) avaliaram seus filhos com problema externalizante, 28 (40%) com total de problema e 30 (42,9%) com déficit de atenção e hiperatividade. Todavia, nota-se associação entre os indicadores para a ansiedade-estado materno e problemas externalizante ($p=0,020$), total de problema ($p=0,003$) e déficit de atenção e hiperatividade ($p=0,006$), ou seja, a proporção de crianças que apresentam problemas comportamentais externalizantes, total de problema e déficit de atenção e hiperatividade que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos de ansiedade-estado é predominante quando comparado as proporções de crianças que apresentam os mesmos problemas e que convivem com mães sem o quadro clínico para a ansiedade-estado.

Tabela 21. Associações entre os indicadores emocionais para a ansiedade-estado das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o teste estatístico do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

DIMENSÕES DO CBCL	ANSIEDADE-ESTADO					
	Controlada (n=70)		Clínica (n=13)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Internalizante						
Não-Clínico	32	45,7	4	30,8	1,00	0,318*
Clínico	38	54,3	9	69,2		
Externalizante						
Não-Clínico	52	74,3	5	38,5	6,54	0,020**
Clínico	18	25,7	8	61,5		
Total de Problema						
Não-Clínico	42	60	2	15,4	8,76	0,003*
Clínico	28	40	11	84,6		
Problema Afetivo						
Não-Clínico	46	65,7	7	53,8	0,67	0,532**
Clínico	24	34,3	6	46,2		
Ansiedade						
Não-Clínico	37	52,9	6	46,2	0,20	0,657*
Clínico	33	47,1	7	53,8		
Problemas de Desenvolvimento						
Não-Clínico	45	64,3	5	38,5	3,05	0,081*
Clínico	25	35,7	8	61,5		
Déficit de Atenção e Hiperatividade						
Não-Clínico	40	57,1	2	15,4	7,65	0,006*
Clínico	30	42,9	11	84,6		
Problema de Conduta						
Não-Clínico	52	74,3	7	53,8	2,23	0,183**
Clínico	18	25,7	6	46,2		

*Pearson Chi-Square; ** Fisher's Exact Test

Considerando as possíveis associações entre os indicadores de ansiedade-traço e os problemas de comportamento dos filhos, observou-se que das 21 mães avaliadas com ansiedade clínica, 13 (61,9%) delas avaliaram seus filhos com indicadores clínicos para problema externalizante, 17 (81%) para total de problema, 15 (71,4%) para problemas do desenvolvimento, 17 (81%) com déficit de atenção e hiperatividade e 10 (47,6%) com problema de conduta, conforme mostra a Tabela 22. Das 62 mães com ansiedade-traço controlada, 13 (21%) avaliaram seus filhos com problema externalizante, 22 (35,5%) com total de problema, 18 (29%) com problema do desenvolvimento, 24 (38,7%) com déficit de atenção e hiperatividade e 14 (22,6%) com problema de conduta. Entretanto, nota-se

associação entre os indicadores para a ansiedade-traço das mães e problemas externalizante ($p < 0,001$), total de problema ($p < 0,001$), problemas de desenvolvimento ($p = 0,001$), déficit de atenção e hiperatividade ($p = 0,001$) e problema de conduta ($p = 0,029$), ou seja, a proporção de crianças que apresentam os problemas comportamentais descritos anteriormente que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos de ansiedade-traço é maior que à proporção de crianças que apresentam os mesmos problemas comportamentais, mas que convivem com mães sem a ansiedade-traço.

Tabela 22. Associações entre os indicadores emocionais para a ansiedade-traço das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o teste estatístico do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

DIMENSÕES DO CBCL	ANSIEDADE-TRAÇO					
	Controlada (n=62)		Clínica (n=21)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Internalizante						
Não-Clínico	30	48,4	6	28,6	2,51	0,113*
Clínico	32	51,6	15	71,4		
Externalizante						
Não-Clínico	49	79	8	38,1	12,22	<0,001*
Clínico	13	21	13	61,9		
Total de Problema						
Não-Clínico	40	64,5	4	19	13,02	<0,001*
Clínico	22	35,5	17	81		
Problema Afetivo						
Não-Clínico	43	69,4	10	47,6	3,21	0,073*
Clínico	19	30,6	11	52,4		
Ansiedade						
Não-Clínico	35	56,5	8	38,1	2,12	0,146*
Clínico	27	43,5	13	61,9		
Problemas de Desenvolvimento						
Não-Clínico	44	71	6	28,6	11,77	0,001*
Clínico	18	29	15	71,4		
Déficit de Atenção e Hiperatividade						
Não-Clínico	38	61,3	4	19	11,20	0,001*
Clínico	24	38,7	17	81		
Problema de Conduta						
Não-Clínico	48	77,4	11	52,4	4,78	0,029*
Clínico	14	22,6	10	47,6		

*Pearson Chi-Square

Com relação às análises associativas quanto aos indicadores de depressão e os problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL, não observou-se, associações estatisticamente significativas, conforme mostra a Tabela 23.

Tabela 23. Associações entre os indicadores emocionais para depressão das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o teste estatístico do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

DIMENSÕES DO CBCL	DEPRESSÃO					
	Sem Depressão (n=68)		Com Depressão (n=15)		χ^2	P
	n	%	n	%		
Internalizante						
Não-Clínico	30	44,1	6	40	0,08	0,771*
Clínico	38	55,9	9	60		
Externalizante						
Não-Clínico	49	72,1	8	53,3	2,00	0,218**
Clínico	19	27,9	7	46,7		
Total de Problema						
Não-Clínico	39	57,4	5	33,3	2,85	0,092*
Clínico	29	42,6	10	66,7		
Problema Afetivo						
Não-Clínico	45	66,2	8	53,3	0,88	0,349*
Clínico	23	33,8	7	46,7		
Ansiedade						
Não-Clínico	37	54,4	6	40	1,02	0,312*
Clínico	31	45,6	9	60		
Problemas de Desenvolvimento						
Não-Clínico	43	63,2	7	46,7	1,41	0,235*
Clínico	25	36,8	8	53,3		
Déficit de Atenção e Hiperatividade						
Não-Clínico	37	54,4	5	33,3	2,18	0,139*
Clínico	31	45,6	10	66,7		
Problema de Conduta						
Não-Clínico	49	72,1	10	66,7	0,17	0,756**
Clínico	19	27,9	5	33,3		

*Pearson Chi-Square

** Fisher's Exact Test

Considerando as possíveis associações entre os indicadores emocionais de estresse das mães e os problemas de comportamento dos filhos, observou-se que das 33 mães avaliadas com estresse, 15 (45,5%) delas avaliaram seus filhos com indicadores clínicos para problema externalizante e 18 (54,5%) para problemas do desenvolvimento e das 50 mães sem estresse,

11 (22%) avaliaram seus filhos com problema externalizante e 15 (30%) com problema do desenvolvimento, conforme mostra os dados da Tabela 24. Assim, nota-se associação entre os indicadores de estresse materno e problemas externalizante ($p=0,024$) e problemas de desenvolvimento ($p=0,025$), ou seja, a proporção de crianças que apresentam os problemas comportamentais para problemas externalizante e de desenvolvimento que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos para o estresse é maior quando comparada a de crianças que convivem com mães sem estresse.

Tabela 24. Associações entre os indicadores emocionais de estresse das mães e problemas de comportamento dos filhos, conforme o teste estatístico do qui-quadrado e o teste exato de Fisher.

DIMENSÕES DO CBCL	ESTRESSE				χ^2	P
	Sem Estresse (n=50)		Com Estresse (n=33)			
	n	%	n	%		
Internalizante						
Não-Clínico	24	48	12	36,4	1,10	0,295*
Clínico	26	52	21	63,6		
Externalizante						
Não-Clínico	39	78	18	54,5	5,08	0,024*
Clínico	11	22	15	45,5		
Total de Problema						
Não-Clínico	30	60	14	42,4	2,47	0,116*
Clínico	20	40	19	57,6		
Problema Afetivo						
Não-Clínico	36	72	17	51,5	3,61	0,057*
Clínico	14	28	16	48,5		
Ansiedade						
Não-Clínico	27	54	16	48,5	0,24	0,623*
Clínico	23	46	17	51,5		
Problemas de Desenvolvimento						
Não-Clínico	35	70	15	45,5	5,00	0,025*
Clínico	15	30	18	54,5		
Déficit de Atenção e Hiperatividade						
Não-Clínico	29	58	13	39,4	2,75	0,097*
Clínico	21	42	20	60,6		
Problema de Conduta						
Não-Clínico	39	78	20	60,6	2,93	0,087*
Clínico	11	22	13	39,4		

*Pearson Chi-Square

** Fisher's Exact Test

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivos identificar os indicadores de depressão, ansiedade e estresse maternos e os indicadores de problemas de comportamento (internalizante e externalizante) em crianças com fissura labiopalatina. Procurou-se também avaliar a influência dos indicadores emocionais maternos sobre os problemas comportamentais das crianças.

Dessa maneira, tinha-se por hipótese que as crianças com fissura labiopalatina que convivessem com mães que tivessem um dos indicadores emocionais, como a depressão, a ansiedade e o estresse apresentassem maior prevalência de comportamentos internalizantes e externalizantes. Também era esperado que os meninos apresentassem mais problemas comportamentais externalizantes, enquanto que as meninas mais problemas de comportamentos internalizantes. Outras relações esperadas eram que as crianças com fissura labiopalatina considerada mais grave, do tipo transforame incisivo seriam identificadas com mais problemas comportamentais do que as crianças com fissura pré-forame e pós-forame incisivo, e que as crianças mais velhas apresentassem, também, mais problemas comportamentais quando comparadas às crianças mais novas.

Assim, como nos resultados, os dados da discussão foram apresentados em três partes, de forma que os tópicos irão contemplar os objetivos referentes à descrição dos indicadores emocionais maternos e problemas comportamentais das crianças com fissura, bem como, as correlações e as associações entre estes constructos. Primeiramente é apresentada uma breve discussão sobre os resultados referentes aos indicadores emocionais maternos, bem como, as correlações e as associações entre estes constructos. Em seguida é apresentada uma discussão sobre os problemas comportamentais das crianças avaliadas pelo CBCL, considerando o relato das mães. Procurou-se também correlacionar os indicativos de

problemas comportamentais das crianças e associar estes constructos com a idade, gênero e tipo de fissura. Finalmente, são apresentadas as correlações e associações entre os indicativos emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e os problemas comportamentais das crianças com fissura labiopalatina.

6.1 Indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse)

O presente estudo teve como primeiro objetivo geral identificar os indicadores de depressão, ansiedade e estresse em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos. O estudo também verificou as possíveis correlações e associações entre estes indicadores emocionais maternos.

De maneira geral, a saúde mental da mãe, nessa fase do ciclo vital, ainda é pouco explorada pelos pesquisadores que dão preferência aos estudos relacionados à saúde mental da mulher no período gestacional e puerperal. Em se tratando de mães de crianças com fissura labiopalatina, torna-se ainda mais escassa a literatura, mas dados do estudo de Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault e Bouchard (1999) apontaram que pais de crianças com malformações ou síndromes apresentaram maior tendência a problemas de saúde, com elevada incidência de depressão, ansiedade e doenças de cunho emocional, além de menor auto-estima e presença de estresse quando comparados a pais de crianças sem distúrbios ou alterações.

Analisando as ocorrências de indicadores clínicos para a depressão, observou-se incidência de 18,1% na amostra estudada, valor considerado consistente com dados encontrados em outros estudos com populações atendidas em diferentes programas de saúde e pouco acima de dados obtidos na população em geral. Em um estudo que buscou avaliar os

transtornos mentais em pacientes que procuraram atendimento em uma unidade de referência do Programa de Saúde da Família (PSF), a depressão foi o transtorno mais frequente, com uma prevalência de 17,6% (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). Em um levantamento epidemiológico realizado na cidade de São Paulo apontou uma prevalência de episódios depressivos de 7% ao ano e de 16,8% durante o curso de vida do indivíduo (ANDRADE; WALTERS; GENTIL; LAURENTI, 2002). Resultados da pesquisa de Vorcaro et al., (2001) em uma pequena cidade de Minas Gerais apontou alta prevalência de depressão ao mês (8,2%) quando comparado com estudos semelhantes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, 10% ao ano e 15,6% ao longo da vida. Já no estudo Cunha, Bastos e Duca (2012) em uma comunidade de baixa renda na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul foi constatada uma incidência de 16,1% de depressão na população. Todavia, há estudos em que os índices de depressão encontrados superam os do presente estudo. No Brasil, em um estudo realizado com 915 usuários de unidades de atenção primária no município de Pelotas/RS, a prevalência de depressão na população foi de 23,9%, apresentando-se mais evidente em mulheres (MOLINA et al., 2012). O estudo de Fortes, Villano e Lopes (2008) realizado na cidade de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, apontou prevalência de 37% de transtornos mentais em pacientes atendidos num Programa de Saúde da Família, sendo a depressão o distúrbio mais frequente (45%), com prevalência de 6,5% ao ano e de 13,5% ao longo da vida.

Alguns pontos devem ser salientados para interpretação adequada dos resultados. Ao verificar as diferenças entre as prevalências de depressão encontradas no presente estudo e na literatura, deve-se considerar que a variação desses resultados pode ser devida aos diferentes instrumentos de mensuração utilizados em cada pesquisa. Considerando a escala utilizada neste estudo, podemos supor um possível viés do instrumento, em função de ter sido criada

para um rastreio de manifestações comportamentais de depressão e não para o diagnóstico clínico do quadro.

Embora tenha havido discrepâncias nas taxas de prevalência quando comparada com outras amostras, os dados corroboram com a literatura que aponta maior vulnerabilidade de depressão entre as mulheres, principalmente associados ao período fértil (VORCARO et al., 2001; ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; FRITSCH et al., 2007; ZENDER; OLSHANSKY, 2009) e que tenham vivido a experiência da maternidade e que tenham tido filho com algum problema ou malformação (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; RUSCHI et al., 2007; PEROSA et al., 2009; BENUTE et al., 2010; CID; MATSUKURA, 2010; KONRADT et al., 2011; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012; GOLD et al., 2013). Quanto à depressão ser maior em mulheres, Justo e Kalil (2006) citam algumas explicações, como questões biológicas, sociais e psicológicas que podem estar associadas a maior risco de tal quadro clínico nesta população específica.

Não foram encontrados estudos na literatura sobre depressão em mães de crianças com malformação (fissura labiopalatina) na idade pré-escolar, mas há pesquisas que constataram associação entre depressão pós-parto e nascimento de crianças com malformação congênita e outras doenças (SKARI et al., 2006; PEROSA et al., 2009).

Embora o presente estudo não possa afirmar, é possível que as mães da amostra tenham vivenciado um choque emocional ao receber a notícia do nascimento de uma criança com fissura labiopalatina e como consequência podem ter apresentado sentimentos de culpa e frustração e sintomas de depressão por gerar um filho com malformação. Este pensamento está estruturado nas evidências da literatura que considera comum o fenômeno do choque emocional vivenciado pelos pais diante de tal situação (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007; VANZ; RIBEIRO, 2011). Podemos confirmar esta proposição no estudo de Perosa et al. (2009) que identificou alta prevalência de depressão em mães de recém-

nascidos com malformações. A depressão é apontada pela literatura como uma das reações inerentes à situação de crise vivenciada pelos pais, principalmente pela figura materna diante do nascimento do filho com um defeito facial (NASCIMENTO, 2006, GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007; VANZ; RIBEIRO, 2011). Todavia, podemos inferir que a maioria destas mães (81,9%) tenha superado este momento de crise, apresentando recursos emocionais e mecanismos para se defender do estresse e, possivelmente, encontram-se adaptadas a tal situação. Este raciocínio está apoiado nos estudos de Klaus e Kennel (1993) e Graciano, Tavano e Bachega (2007) que apontam a estabilidade emocional materna associada ao reconhecimento da realidade, na medida em que dificilmente a criança imaginária passa a corresponder exatamente à criança real, exigindo dos pais uma adaptação que ocorre rapidamente, quando a mãe vai descobrindo suas competências e a própria criança exerce seu poder de sedução.

Outro fator importante que podemos considerar como hipótese para a superação da crise instalada após a descoberta e/ou o nascimento de uma criança com malformação, ou até mesmo como fator de proteção contra a instalação e/ou permanência de um quadro depressivo nas mães, refere-se ao consistente apoio recebido da família ou do parceiro, considerando que maior parte da amostra é de mulheres casadas, e pela rede social oferecida a estas mães, uma vez que seus filhos realizam o tratamento no hospital HRAC, que tem como missão oferecer serviços especializados de assistência à saúde, de forma humanizada e integrada com a família, promovendo a reabilitação integral da pessoa com fissura labiopalatina. A base deste raciocínio encontra-se na literatura, que mostra evidências quanto à importância do suporte social, bem como do suporte familiar para o enfrentamento de situações estressantes e manutenção da saúde mental materna (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; ROMANGNOLLI; SILVA, 2008).

Tomando como base a missão do HRAC, podemos ainda inferir que a equipe deste

hospital fornece a essas mães um modelo adequado de comunicação, apresentando-se afetiva e acolhedora, além de informar o diagnóstico e as possibilidades de tratamento da fissura de forma clara e objetiva. Outra hipótese refere-se ao fato das idas e vindas do paciente e sua família à instituição, tornando o ambiente hospitalar do HRAC um lugar especial, proporcionando uma vivência de confiança entre família e profissionais da saúde. Diante do exposto, podemos ainda inferir que a política humanizadora deste hospital pode ter proporcionado a estas mães a minimização e até mesmo a eliminação do sofrimento causado pelo diagnóstico da fissura, pelo fato de serem ouvidas e acolhidas nas suas angústias e medos suscitados pelo próprio quadro da anomalia e pelas informações prestadas. Estas inferências estão apoiadas na literatura que destaca a importância do adequado treinamento da equipe para atuar nesses casos (KLAUS; KENNEL, 1992; BACHEGA, 2002; VERONEZ, 2007; VANZ; RIBEIRO, 2011).

A ansiedade foi o mais frequente indicador emocional encontrado no presente estudo (41%), o que corrobora com a literatura que aponta a porcentagem de mães com indicadores clínicos para ansiedade superiores a de mães com indicadores clínicos para a depressão (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; BRITTON, 2008; GRANT; MACMAHON; AUSTIN, 2008). Além disso, a literatura mostra que a ansiedade é um transtorno muito comum e frequente na população em geral, com taxas de prevalência mais elevada em mulheres (AIRES-CONÇALVES; COELHO, 2005; FIORAVANTI et al., 2006; CORREIA; LINHARES, 2007; ROY-BYRNE et al., 2008) em idade reprodutiva (CLAVARINO et al., 2010). Vale ainda ressaltar que se constata essa alta prevalência populacional em diversos estudos, mesmo que estes usem critérios diagnósticos diversos (CID-10, DSM-III, DSM-IV). Kessler et al. (2005) já haviam descrito que os transtornos de ansiedade são o grupo psiquiátrico de maior prevalência na população geral, com estimativa ao longo da vida de 28,8% e de 18,1% em 12 meses.

Entretanto, poucos são os estudos que retratam o fenômeno da ansiedade materna, principalmente em mães de crianças pré-escolares. A maioria dos estudos centra-se, contudo, no estudo da ansiedade materna no período gestacional e puerperal. Destarte, há pesquisas que constataram associações elevadas do índice de ansiedade em mães de crianças com problemas determinados pela prematuridade, malformações ou alguma doença (BHAGWANANI et al., 1997; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007; FRAGA et al., 2008a; FRAGA et al., 2008b; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; PEROSA et al., 2009; PADOVANI et al., 2009; CRESTANI et al., 2012; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012).

Da amostra estudada 25,3% das mães apresentaram indicadores clínicos em Ansiedade-Traço e 15,7% apresentaram indicadores clínicos em Ansiedade-Estado. Estes dados vão ao encontro dos resultados da pesquisa de Faisal-Cury e Menezes (2006) que identificaram maior prevalência de ansiedade-traço em mulheres atendidas em consulta ginecológica de rotina. Os níveis de ansiedade identificados nas mães podem estar associados a traços de personalidade, visto que a ansiedade-traço era percentualmente maior que a ansiedade-estado. A ansiedade-traço diz respeito a uma condição emocional estável da personalidade do indivíduo, ou seja, uma tendência a reagir de forma ansiosa diante de situações percebidas como ameaçadoras e conflituosas (SPIELBERGER; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979).

Os índices de ansiedade das mães da amostra podem ter sido influenciados pelas características da criança e pelas perspectivas sobre sua condição de vida futura. Podemos também inferir que estas mães sejam mais preocupadas com a aparência estética de seus filhos, com as futuras dificuldades físicas, no que se refere à comunicação, medo dos preconceitos e das atitudes do ambiente com relação a inserção social de suas crianças. A base deste pensamento encontra-se em Jones (1984), Amaral (1997), Marques (2004), Garcia (2006), Graciano, Tavano e Bachega (2007), Miguel, Locks e Prado (2009) e Guimarães

(2010), que apontam a malformação como geradora de respostas sociais não favoráveis, consequências de estigmas. Para Tavano (1994) os pais se sentem tão vítimas de preconceitos no tocante do ambiente escolar e social quanto seus filhos com a fissura labiopalatina, o que pode gerar dificuldades para lidar com tal situação.

Levando em conta os padrões estéticos valorizados e aceitos pela nossa cultura, pode-se inferir também que essas mães apresentam uma rejeição velada com relação aos seus filhos, o que pode estar associada à incidência maior dos indicadores de ansiedade. Esta inferência remete aos manuscritos de Tavano (2000), Nascimento (2006), Graciano, Tavano e Bachega (2007) e Vanz e Ribeiro (2011) que apontaram em suas pesquisas rejeições ostensivas e veladas dos pais, excitadas por diversas reações, dentre elas, por sintomas de ansiedade, quando relacionada à experiência de ter um filho com malformação. Para Endriga e Kapp-Simon (1999) e Carvalho e Tavano (2000) existe por parte dos pais o ocultamento do filho, os quais não lhe permitem que interaja com a sociedade. De acordo com esses autores, os pais são tomados por um constrangimento em mostrar seu filho, com medo das possíveis reações do público à aparência da criança. Na direção de tais achados, Miguel, Locks e Prado (2009) identificaram que o impacto do nascimento de uma criança com fissura labiopalatina permanece ainda por muito tempo e leva os pais ao isolamento do ambiente social que os cerca.

Considerando que 74,70% das crianças da amostra frequentam a pré-escola, sugere-se que a ansiedade materna pode também estar ligada ao medo e a preocupação do início escolar, uma vez que a criança até então é cercada de proteções no ambiente familiar. Essa sugestão está apoiada no estudo de Miguel, Locks e Prado (2009) que observaram no relato das mães preocupação com relação à fala dos filhos, independente da classificação da fissura. Constataram, ainda, que o não ser entendido, não se fazer entender, despertou no relato das mães grande preocupação com a interação no convívio social.

Outro preditor contextual que pode funcionar como um modelador dos sintomas de ansiedade nas mães refere-se ao processo de reabilitação cirúrgica que suas crianças deverão realizar dependendo da extensão e localização da fissura. Considerando que geralmente as cirurgias primárias da fissura de lábio ocorrem por volta dos três meses, e a de palato, por volta dos doze meses de idade, deve-se aguardar, assim, um maior desenvolvimento da criança para a indicação de outras possíveis cirurgias, tais como, retoque de lábio, columela, faringoplastia, correções nasais e cirurgias odontológicas que se façam necessárias (DALBEN et al., 2002). Não obstante, podemos ainda inferir que a ansiedade materna pode estar ligada ao sentimento de piedade, pelo fato da criança ser diferente das demais ou pelo fato das mães saberem que seu filho deverá ser submetido a inúmeros procedimentos hospitalares.

No entanto, as situações ameaçadoras que contribuem para o desencadeamento da ansiedade podem, também, estarem relacionadas a outras contingências, que não as relacionadas à criança com fissura labiopalatina e sua reabilitação como, por exemplo, a condição socioeconômica e baixa escolaridade materna, como já apontada na literatura (WEISSMAN, 1988; BRITTON, 2008; GUIDOLIN; CÉLIA, 2011), pelo fato de ser mãe pela primeira vez ou ter mais de uma criança (GRANT; MACMAHON; AUSTIN, 2008), além das relações estabelecidas pela mãe com suas famílias e parceiros, que se constituem em importante suporte social (AKTAN, 2012).

O nível de estresse apresentado pelas mães foi o segundo indicador emocional mais presente na população estudada (39,8%), também concordando com a literatura que aponta o estresse como bastante presente no gênero feminino (LIPP; MALAGRIS, 2004; SILVA; MARTINEZ, 2005), com indicativo de maior vulnerabilidade em mulheres que experimentam situações estressoras como o nascimento de uma criança com problemas determinados por alguma doença ou malformação (BHAGWANANI et al., 1997; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007; FRAGA et al., 2008a; FRAGA et al., 2008b; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009;

PEROSA et al., 2009; PADOVANI et al., 2009; SANCHEZ; BAPTISTA, 2009; SCHETTER, 2011; CRESTANI et al., 2012; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; RYCHIK et al., 2013).

No que se refere às fases do estresse, identificou-se que das mães que apresentavam o indicativo (39,8%), a maioria (90,9%) encontravam-se na fase de resistência, o que corrobora aos estudos de Matsukura et al. (2007) e Barbosa e Oliveira (2008) que utilizaram o mesmo instrumento para a avaliação do estresse em pais de crianças com necessidades especiais. O estudo realizado por Silva e Martinez (2005) com uma amostra de 126 pessoas atendidas em um serviço oferecido à comunidade, também constatou maior concentração do nível do estresse, na segunda fase, a de resistência, considerada moderada, mas que ocasiona um desequilíbrio interno no organismo. A fase da resistência, segundo Goulart Jr. e Lipp (2008) é caracterizada por uma quebra da homeostase interna, provocando uma série de sintomas, tanto físicos quanto psicológicos. De acordo com Lipp e Malagris (1995) o organismo nesta fase realiza uma tentativa de estabelecer o reequilíbrio interno, o que acarreta um gasto de energia, e assim ocasiona uma sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e esquecimentos.

Observou-se que os sintomas psicológicos foram os mais mencionados pela amostra. Esse dado também foi encontrado em outras pesquisas sobre o estresse, como Silva e Martinez (2005), Barbosa e Oliveira (2008), Kvalevaag et al. (2013). Existem outras manifestações emocionais, como a ansiedade e a depressão que foram pesquisadas em populações que apresentavam o estresse. Um dos estudos foi realizado por Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006) com 51 casais, de diferentes níveis de escolaridade, maiores de 18 anos e com pelo menos um filho natural com a idade inferior a cinco anos. Os resultados mostraram que os pais e as mães que se sentem mais estressados também apresentavam níveis mais elevados para sintomas de depressão. Considerando as situações estressantes que

envolvem a maternidade, Rapoport e Piccinini (2011) destacam que as mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo a ansiedade e a depressão.

Assim, considerando o próprio Inventário de Stress de Lipp utilizado, as mães devem indicar os sintomas que tem experimentado no último dia, na última semana e mês, portanto, os resultados podem apontar que essas mães já vêm experimentando situações estressantes de longa duração ou de grande intensidade (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR; LIPP, 2008). Destarte, podemos considerar como hipótese de estresse nestas mães as maiores responsabilidades e cobranças relacionadas aos cuidados necessários a suas crianças, visto que em nossa cultura, a mãe exerce o papel de cuidadora principal de seus filhos, conforme aponta Amaral (1997) e Souza, Prado e Piccinini (2011).

Alguns fatores mencionados por Schwengber e Piccinini (2005) como responsáveis pelo surgimento do estresse materno referem-se à separação do filho devido ao trabalho, conflitos familiares e conjugais e problemas financeiros. Assim, o presente estudo sugere que as mães da amostra podem estar enfrentando dificuldades de separação dos seus filhos, uma vez que a maioria apresenta-se ativa no mercado de trabalho, necessitando deixá-lo com familiares, babás ou na escola, o que pode alimentar a crença de serem as únicas pessoas capazes de cuidar de suas crianças, bem como em dificuldades financeiras e nas relações das mães com seus familiares ou parceiro. Uma vez que Amaral (1997) menciona a dificuldade de manejo das mães de crianças com fissura labiopalatina, pode-se considerar a importância de avaliar num próximo estudo as práticas parentais desta população, pois, uma vez que as mães tenham um bom repertório de habilidades sociais, o manejo do filho pode ser mais funcional e, portanto, menos estressante para a mãe, bem como para a relação diádica.

Ainda, podemos considerar o pensamento de Lipp (2004) que diz que independentemente da fase, o estresse pode se originar de fontes externas e internas e que a

interpretação que o indivíduo dá aos estímulos, enquanto eventos estressores é um importante elemento para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo. Não obstante, podemos hipotetizar que o estresse apresentado pela amostra está ligado ao padrão comportamental destas mães, uma vez que as mesmas apresentam altos índices de ansiedade-traço, ou seja, uma maneira ansiogênica delas reagirem diante de situações adversas da vida. Diante disso, podemos confirmar a ideia de Margis et al. (2003) que aponta o estresse como grande responsável pelo surgimento do transtorno de ansiedade.

Os indicadores emocionais maternos como a depressão, a ansiedade-traço e estado e o estresse foram ainda correlacionados entre si. Observou-se correlação linear positiva entre todos os constructos analisados, indicando que, quanto maior o índice de uma variável emocional materna, maior também era o índice da segunda variável emocional avaliada, ou seja, quanto maior era o índice de ansiedade-estado na mãe, maior era o índice de depressão. Estes resultados corroboram aos dados encontrados nos estudos de Margis et al. (2003), Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006), Grant, McMahon e Austin (2008), Rodrigues e Schiavo (2011) e Flores et al. (2012) que identificaram correlações significativas entre depressão, ansiedade e estresse. Apoiando-se nos manuscritos de Margis et al. (2003) e Nascimento (2006), podemos inferir que estes fenômenos são multideterminados, uma vez que o estresse pode provocar uma série de alterações comportamentais e emocionais na pessoa, atribuindo-se a ele uma grande parcela de responsabilidade pelo surgimento de sintomas ansiosos e depressivos nas mães.

Entretanto, ao considerarmos a magnitude dos coeficientes de correlação da amostra, constatou-se valores baixos e moderados, indicando haver outros fatores não mensurados no trabalho que podem estar associados aos indicadores emocionais nesta população. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a análise associativa de outras variáveis, como, a idade materna (CLAVARINO et al., 2010), nível socioeconômico e educacional (BRITTON, 2008;

GUIDOLIN; CÉLIA, 2011), número de filhos vivos (FRAGA et al., 2008a; CRESTANI et al., 2012), temperamento infantil (BAIBAZAROZA et al., 2013), conflitos matrimoniais e o suporte paterno (SILVA et al., 2010; OZER et al., 2011; CUNHA, BASTOS; DUCA, 2012; MANUEL et al., 2012; AKTAN, 2012), fatores estes que podem aumentar a vulnerabilidade da mãe e prejudicar seu estado emocional, conforme ilustra a literatura.

A comorbidade é outro aspecto observado neste estudo. Constatou-se que das 83 mães avaliadas, nove apresentaram tanto sinais clínicos de ansiedade-estado como ansiedade-traço e oito delas tinham tanto sinais clínicos de ansiedade-estado como depressão. Onze mães com ansiedade-traço tinham concomitantemente sinais clínicos de depressão e 16 delas apresentavam tanto sinais clínicos de ansiedade-traço como estresse. E doze mães apresentavam tanto sinais clínicos de depressão como estresse. Podemos inferir uma superposição entre os sintomas de depressão, ansiedade e estresse e a consequente dificuldade para a avaliação desses indicadores de forma separada, o que pode incitar várias explicações. Primeiramente, podemos supor que as escalas utilizadas para a avaliação dos indicadores apresentam limitações psicométricas. Outra hipótese é que os indicadores de ansiedade e depressão podem ser componentes de um processo de estresse psicológico geral. Em terceiro lugar, a depressão, a ansiedade e o estresse, além de características específicas de cada constructo, podem apresentar um componente de sobreposição, composto por sintomas inespecíficos dos três constructos, como por exemplo, o afeto negativo, que congrega vários estados aversivos como, o medo, a tristeza, a insegurança, a preocupação, a culpa, os sentimentos de incompetência pessoal, entre outros (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000). Tais dados sugerem também, que há chances das mães que apresentam um dos três indicadores passarem a apresentar outro ou os três.

6.2 Problemas de comportamento da criança com fissura labiopalatina

Considerando o segundo objetivo geral do presente estudo que foi identificar por meio do relato das mães, os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes em crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, pode-se constatar a prevalência de comportamentos internalizantes na amostra. Esse achado é apoiado pelo estudo de Murray et al. (2010) que encontrou risco aumentado para as dificuldades sócio-emocionais em crianças com fissura labiopalatina, com indicativos para comportamentos ansiosos, introspectivos e deprimidos, além de constatarem dificuldades nas interações sociais, típicos de comportamentos internalizantes. Outro estudo que vai ao encontro dos resultados é o de Pope e Snyder (2005), que constataram pontuação clínica para problemas de isolamento em crianças com anomalias congênitas craniofaciais na faixa etária de dois a três anos de idade e problemas internalizantes, tais como os de introversão, atenção e pensamento na faixa etária de quatro anos de idade.

Com relação as dimensões do DSM avaliadas pelo instrumento, identificou-se na amostra que 49,4% apresentaram indicadores clínicos para problemas de déficit de atenção e hiperatividade, seguido de indicativos clínicos para problemas de ansiedade (48,2%). Não foram encontrados estudos na literatura sobre problemas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças com malformação (fissura labiopalatina) e nem em crianças sem a anomalia na faixa etária do presente estudo. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a investigação do problema de déficit de atenção e hiperatividade nesta população. Não obstante, há pesquisas que constataram riscos elevados para problemas de déficit de atenção e hiperatividade em crianças com fissura labiopalatina na idade escolar (BRAND; BRENNAN, 2009; WEHBY et al., 2012). Considerando que a fissura labiopalatina é um indicador de risco para infecções precoces do ouvido médio, (BUFFA, 2009), o que pode prejudicar o desenvolvimento de

habilidades auditivas tais como a atenção (LEMOS; FENIMAN, 2010), os dados do presente estudo sugerem que as crianças da amostra podem apresentar déficit na atenção auditiva sustentada, impossibilitando a criança de manter o foco atencional por um período de tempo. Segundo a literatura, as crianças com fissura labiopalatina apresentam comportamentos semelhantes aos de crianças com desordem do processo auditivo, dentre os quais podemos destacar os mais frequentes, como o prejuízo na atenção ao som, distração, dificuldade de ouvir e entender em ambiente ruidoso, agitação e hiperatividade (PECK; GRESSARD; HELLERMAN, 1991; BARUFI et al., 2004).

No que se refere aos problemas de ansiedade, os dados corroboram os achados de Murray et al. (2010) que identificaram indicadores clínicos para ansiedade em crianças com fissura labiopalatina na idade pré-escolar.

Considerando o perfil comportamental das crianças com fissura labiopalatina avaliadas por meio dos sete eixos ou síndromes que compõem o instrumento CBCL, constatou-se maiores indicativos clínicos para ansiedade/depressão (27,7%), seguidos de problemas de atenção (21,7%). Esses dados corroboram os achados de Hunt et al. (2005), Pope e Snyder (2005) e Murray et al. (2010), que identificaram indicativos clínicos para ansiedade/depressão e problemas de atenção em crianças com fissura labiopalatina na idade pré-escolar.

O estudo também verificou as possíveis correlações entre os indicadores de problemas comportamentais nas crianças. Os resultados apontaram indicativos de correlação linear positiva entre todos os constructos analisados, ou seja, quanto maior era o índice de uma variável de problema comportamental, maior também era o índice da segunda variável avaliada. Podemos inferir que estes problemas comportamentais são multideterminados, como exemplo, o problema externalizante pode provocar uma série de alterações comportamentais e emocionais na criança, atribuindo-se a ele uma grande parcela de responsabilidade pelo

surgimento de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Entretanto, constatou-se valores de magnitude dos coeficientes de correlações variando entre „fraco“, „moderado“, „forte“ e „muito forte“. Podemos inferir que para os valores de magnitudes „forte“ e „muito forte“ existe uma interdependência entre os constructos avaliados, como por exemplo, entre os „problemas externalizantes“ vs „déficit de atenção hiperatividade“ e „total de problema“, bem como, uma superposição de itens entre algumas escalas, o que pode inflar artificialmente as correlações. Já os coeficientes com valores variando entre „fraco“ e „moderado“, podemos inferir que deve haver outros fatores não mensurados no trabalho que podem estar ligados ao desencadeamento destes indicadores comportamentais nesta população. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a análise de outras variáveis, tais como, o repertório de habilidades sociais e desempenho acadêmico da criança (BANDEIRA et al., 2006; CIA; PAMPLIN; DEL PRETTE, 2006), indicadores socioeconômicos e instrucionais da família (LEVE; KIM; PEARS, 2005; ESSEX et al., 2006; ASSIS; AVANCI; VASCONCELLOS; OLIVEIRA, 2009), práticas educativas parentais coercitivas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; VITOLO et al., 2005; LEVE; KIM; PEARS, 2005; PINHEIRO et al., 2006; SÁ et al., 2009), conflito conjugal (SZELBRACIKOWSKI; DESSEN, 2007; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010; SCHMIDT; CREPALDI; VIEIRA; MORÉ, 2011) e fatores socioambientais (GOLDSMITH; LEMERY, 2000) que podem interferir para o surgimento e para a manutenção dos problemas de comportamento em crianças, conforme ilustra a literatura.

Em relação às associações dos resultados gerais do CBCL (problemas internalizantes, externalizantes e problemas totais) com a variável gênero evidenciou-se que 60% das meninas apresentaram problemas internalizantes e discreta elevação consistente no comportamento internalizantes dos meninos (56,3%). Esses dados corroboram os achados de Richman e Millard (1997) que indicaram aumento nos níveis de inibição social para as

meninas com fissura labiopalatal e discreta elevação no comportamento internalizante dos meninos. Não obstante, observou-se porcentagem maior de problemas externalizantes (37,5%) e problemas totais (47,9%) para os meninos, porém não houve nenhuma associação significativa entre os problemas comportamentais e gênero na amostra. De maneira geral, tais dados são compatíveis com a literatura quando revela maior frequência de comportamentos externalizantes entre os meninos e internalizantes entre as meninas, também independente da existência da fissura (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005; LEVE; KIM; PEARS, 2005; SAUD; TONELOTTO, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2006; BANDEIRA et al., 2006; ROMANO et al., 2006; ESSEX et al., 2006; STERBA; PRINSTEIN; COX, 2007; MINER; CLARKE-STEWART, 2008; JENKINS; CURWEN, 2008; PAGANI et al., 2008; MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; BLATT-EISENGART et al., 2009; LOOSLI; LOUREIRO, 2010).

Os dados revelaram também que as crianças mais velhas (4 anos e 4 meses em diante) apresentaram mais problemas internalizantes e problemas totais (62,2% e 46,7% respectivamente) enquanto que as crianças mais novas (3 anos a 4 anos e 3 meses) mais problemas externalizantes (34,2%). No entanto, não foi possível constatar associação significativa entre os resultados gerais do CBCL e a variável idade. Esses dados contrariam a pesquisa de Anselmi et al. (2004) que constataram maior prevalência de problemas externalizantes em crianças aos quatro anos de idade. Entretanto, confirmam os achados de Pope e Snyder (2005) que identificaram altas taxas de problemas internalizantes em crianças com anomalias congênitas aos quatro anos de idade. Considerando a idade das crianças de uma maneira geral, denominada como pré-escolar, observou-se na amostra maior prevalência de problemas internalizantes, o que discorda do manuscrito de Graminha (1994) que aponta os comportamentos externalizantes, de maior frequência em crianças na fase pré-escolar.

No que se refere às associações dos resultados gerais do CBCL (problemas

internalizantes, externalizantes e problemas totais) com a variável tipo de fissura, constatou-se que 70% das crianças com a fissura do tipo pós-forame apresentaram problemas de comportamento internalizantes, enquanto que 40,5% e 51,4% das crianças com a fissura do tipo transforame apresentaram problemas de comportamento externalizantes e problemas totais respectivamente. Todavia, não houve associação significativa entre os dados. Os resultados são parcialmente concordantes com os achados de Snyder e Pope (2010) que identificaram pontuação clínica para problemas externalizantes e para total de problemas em crianças de dois a três anos de idade com fissura de lábio e palato. Considerando que alterações nas estruturas do palato, característica dos dois tipos de fissura (pós-forame e transforame), podem acarretar distúrbios de fala específicos como a hipernasalidade e as alterações articulatórias decorrentes do escape de ar nasal durante a produção da fala (PEGORARO-KROOK, 1995), podemos inferir que a inteligibilidade na comunicação pode levar a criança ao desajuste psicossocial, como inibição do comportamento, timidez e angústia pelo fato de não ser entendida, típicos de comportamentos internalizantes. Além do comprometimento da fala existe o facial, característico da fissura do tipo transforame que também pode acarretar desajustes de comportamento, como os externalizantes, uma vez que a criança com o defeito facial é olhada, julgada e avaliada em sua aparência física (TAVANO, 1994; 2000; GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Considerando as dimensões do DSM avaliadas pelo CBCL e as associações com as variáveis sociodemográficas da criança (gênero, idade e tipo de fissura) não foi possível verificar nenhum dado significativo, porém, observou-se uma porcentagem relevante para os problemas de desenvolvimento independente do gênero, idade e tipo de fissura. Analisando os itens que compõem os problemas de desenvolvimento identificou-se maiores indicativos para as questões referentes a: (1) Não responde quando pessoas falam com ela; (2) Fica nervosa com pessoas ou situações novas; (3) Fica perturbada por alguma mudança na rotina;

(4) Evita olhar as pessoas nos olhos; e (5) Problema na fala. A informação da questão (1) sugere que as crianças da amostra podem apresentar déficit na atenção auditiva sustentada, como já foi dito anteriormente, o que impossibilita a criança manter o foco atencional, por isto não responde quando pessoas falam com ela. As questões (2) e (3) podem estar relacionadas à ansiedade das crianças frente a situações adversas que deverão enfrentar no seu dia-a-dia. Considerando que a maioria das crianças da amostra frequenta a pré-escola e/ou precisa passar por rotinas ambulatoriais e/ou internações para o tratamento da fissura, podemos inferir que o contato com situações ou pessoas novas e a mudança de rotina pode acarretar desajustes de comportamento. O conteúdo retratado na questão (4) pode estar relacionado à própria fissura, sugerindo que essas crianças já se percebem diferentes, ou ainda, por questão da timidez, o que faz com que essas crianças evitam olhar as pessoas nos olhos. Com relação à questão (5) podemos inferir que esteja relacionada às implicações funcionais da fissura labiopalatina. Não foi encontrado nenhum artigo na literatura que retratasse a questão do problema de desenvolvimento na população de uma forma geral, portanto, sugere-se investigações deste aspecto na população de crianças com fissura.

O presente estudo também associou os sete eixos ou síndromes avaliadas pelo CBCL e o gênero das crianças. Observou-se associação significativa apenas para comportamento agressivo ($p=0,020$), com destaque para o gênero masculino. Esse dado parece não diferir em crianças sem problemas de saúde, conforme aponta a literatura (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; MANFRINATO, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2006).

Também foi observada associação significativa entre comportamento agressivo ($p=0,035$) e idade das crianças com fissura labiopalatina, com destaque para três anos a quatro anos e três meses. Esse dado parece também não diferir em crianças sem a malformação. Essa afirmação está apoiada em Graminha (1994) que destaca os comportamentos externalizantes, como a agressividade, os mais frequentes em pré-escolares, com tendência a diminuir com o

avanço da idade, podendo ser considerado como transitório no desenvolvimento normal (BOLSONI-SILVA et al. 2006).

Com relação à associação entre os sete eixos ou síndromes avaliadas pelo CBCL e o tipo de fissura das crianças, não constatou-se nenhum dado significativo. Porém, as crianças com o tipo pré-forame e transforame incisivo apresentaram maior porcentagem (50% e 27,1% respectivamente) para problemas de ansiedade/depressão. Este dado é condizente com os achados de Hunt et al. (2005) que encontraram alguns problemas comportamentais específicos em crianças com fissura labiopalatina, tais como a ansiedade e a depressão, porém, não constatarem diferenças significativas quanto aos tipos de fissura. Nesta mesma direção, o estudo de Richman e Eliason (1993) constatou que crianças portadoras de fissuras labiopalatinas podem apresentar um maior grau de ansiedade quanto maior forem o grau de deformidade facial, dificuldades de fala e relacionamentos sociais. Poucos são os estudos que avaliaram a influência dos diferentes tipos de fissura no comportamento de crianças com tal anomalia. O estudo de Millard e Richman (2001) avaliou o comportamento, adaptação e as características de aprendizado em três grupos de crianças com fissuras labiopalatinas: fissura unilateral de lábio e palato; fissura bilateral de lábio e palato; e apenas fissura palatina. Verificaram de acordo com o relato dos pais e professores, que crianças com fissura de palato apresentaram maior grau de depressão, ansiedade e dificuldades de aprendizado relacionados à fala. As crianças com fissura labiopalatina unilaterais e bilaterais apresentaram maiores dificuldades relacionadas à aparência facial. Os autores concluíram que esses subgrupos devem ser estudados separadamente.

6.3 Indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e problemas de comportamento da criança com fissura labiopalatina

O terceiro objetivo geral do presente estudo foi correlacionar e associar os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade-traço, ansiedade-estado e estresse) e problemas de comportamento internalizantes e externalizantes de crianças com fissura labiopalatina, com idade de três a cinco anos, conforme o relato das mães.

Observou-se correlação linear positiva entre a maioria dos indicadores emocionais maternos e problemas de comportamento infantil, ou seja, à medida que um indicador emocional materno aumentava de valor, os problemas comportamentais das crianças também aumentavam de valor na mesma direção. Destarte, conforme os indicadores de ansiedade-estado e ansiedade-traço aumentavam de valor, os problemas comportamentais das crianças, tais como, os internalizante ($p < 0,001$ respectivamente), externalizante ($p < 0,001$ respectivamente), total de problema ($p < 0,001$ respectivamente), problema afetivo ($p < 0,001$ e $p = 0,001$), problema de ansiedade ($p = 0,006$ e $p = 0,007$), problemas de desenvolvimento ($p < 0,001$ respectivamente), déficit de atenção e hiperatividade ($p = 0,006$ e $p = 0,007$) e problemas de conduta ($p = 0,020$ e $p = 0,032$) caminhavam na mesma direção, aumentando também de valor. Poucos são os estudos que retratam o fenômeno da ansiedade materna na literatura, principalmente em mães de crianças pré-escolares. A maioria dos estudos centra-se, contudo, no estudo da ansiedade materna no período gestacional e puerperal e suas implicações para o desenvolvimento ao longo de todas as etapas do ciclo vital. No entanto, há pesquisas que constataram correlações entre os altos índices de ansiedade em períodos pré e pós-natal e problemas comportamentais, tais como os externalizantes e internalizantes (BRUIJN; BAKEL; BAAR, 2009; KAREVOLD et al., 2009; GLASHEEN; RICHARDSON; FABIO, 2010; KERNS; SIENER; BRUMARIU, 2011), desatenção (CLAVARINO et al.,

2010; LOOSMANS et al., 2011), déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade, conduta (O'CONNOR et al., 2003; LOOSMANS et al., 2011), problemas totais (O'CONNOR et al., 2003) em crianças na faixa etária dos três aos cinco anos de idade. Esses estudos mostraram o impacto persistente dos indicadores de ansiedade materna sobre o desenvolvimento comportamental infantil. Entretanto, podemos inferir que a ansiedade materna pode gerar um efeito negativo na interação diádica, influenciando o desenvolvimento comportamental dos filhos ao longo do ciclo vital. A partir dos estudos é possível considerar a ansiedade materna como um fator de risco para a primeira infância, podendo explicar uma quantidade substancial de problemas comportamentais em crianças com fissura labiopalatina na idade pré-escolar, realçando a importância de intervenções precoces para evitar problemas de comportamento tardiamente.

Outra correlação linear positiva foi entre os indicadores de depressão e os problemas internalizantes ($p < 0,001$), externalizantes ($p = 0,016$), total de problema ($p < 0,001$), problema afetivo ($p = 0,001$), problema de ansiedade ($p = 0,001$), problemas de desenvolvimento ($p < 0,001$) e déficit de atenção e hiperatividade ($p = 0,031$). Observou-se que à medida que os indicativos para a depressão nas mães aumentavam de valor, mais problemas comportamentais suas crianças apresentavam. Não foram encontrados estudos na literatura sobre depressão em mães de crianças com fissura labiopalatina e suas implicações para o desenvolvimento da criança na idade pré-escolar, mas há pesquisas que constataram correlações entre estes constructos na população geral. Dados da literatura apontam que crianças pré-escolares não clínica, que convivem com mães depressivas apresentam propensão a ter elevado e persistente sintomas de ansiedade (JONES; FIELD; DAVALOS, 2000; PAGANI et al., 2008), déficit de atenção e hiperatividade e problemas de conduta (JONES; FIELD; DAVALOS, 2000; ROMANO et al., 2006), comportamentos internalizantes e externalizantes (FRITSCH et al., 2007; BLATT-EISENGART et al., 2009). Nesta mesma

direção, o estudo de Martins (2011) constatou manifestações maiores de dificuldades na regulação emocional e menores habilidades pró-sociais em crianças cujas mães sofreram de depressão nos três primeiros anos de vida dos seus filhos.

Correlações positivas foram também encontradas entre o estresse materno e problemas internalizante ($p=0,018$) e de desenvolvimento infantil ($p=0,001$). Observou-se que à medida que os indicativos para o estresse nas mães aumentavam de valor, mais problemas internalizantes e de desenvolvimento suas crianças apresentavam. A literatura é escassa quando se trata do fenômeno do estresse materno, o que indica a necessidade de pesquisas voltadas para a área, no sentido de compreender a respeito de seus indicadores e suas consequências para o desenvolvimento da criança com fissura labiopalatina na faixa etária dos três aos cinco anos de idade. Apenas uma pesquisa foi encontrada com a mesma população do presente estudo. Estes resultados, portanto corroboram aos dados encontrados na pesquisa de Endriga, Jordan e Speltz (2003) que constataram correlações entre o estresse parental e o ajustamento emocional e comportamental de pré-escolares com fissura labiopalatina. Esses autores identificaram também que o estresse parental medido quando as crianças tinham dois anos de idade previram gravidade dos problemas de comportamento internalizante e externalizante e emocionais na idade de sete anos.

Assim, apesar de os resultados deste estudo indicar que filhos de mães com indicadores emocionais para a depressão, ansiedade e estresse têm maior probabilidade de apresentar elevados escores de problemas comportamentais internalizantes e externalizantes confirmando, portanto, uma das hipóteses proposta para este estudo, variáveis como o temperamento infantil (BRIDGETT et al., 2009) e práticas educativas parentais (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002; VITOLO et al., 2005; LEVE; KIM; PEARS, 2005; PINHEIRO et al., 2006; SÁ et al., 2009) precisam ser investigadas, uma vez que os valores de magnitude dos coeficientes de correlação da amostra, variaram de „muito fraco“, „fraco“ a

„moderado“, indicando haver outros fatores não mensurados ou correlacionados no trabalho que podem estar associados aos indicadores de problemas comportamentais nesta população. Essas variáveis podem se constituir como moderadoras do efeito dos indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) sobre os problemas comportamentais das crianças com fissura labiopalatina. Além das práticas parentais, que podem ser influenciadas pelos estados emocionais das mães, pode-se destacar o valor dos estressores presentes no ambiente familiar, como por exemplo, os baixos indicadores socioeconômicos e instrucionais da família (LEVE; KIM; PEARS, 2005; ESSEX et al., 2006; ASSIS et al., 2009). Neste estudo o nível socioeconômico das famílias não foi avaliado, mas a renda familiar média foi aproximadamente de dois a quatro salários mínimos. O nível socioeconômico tem sido apontado como uma variável moderadora no desenvolvimento de problemas comportamentais em crianças (ASSIS et al., 2009). Portanto, para futuros estudos, sugere-se a análise combinatória das variáveis mencionadas, uma vez que podem interferir para o surgimento e para a manutenção dos problemas de comportamento em crianças.

Com relação às associações realizadas entre os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse) e problemas comportamentais das crianças com fissura, constatou-se alguns dados significativos para a amostra estudada. Analisando os resultados apresentados, nota-se que das 13 mães identificadas com ansiedade-estado 69,2% avaliou suas crianças como clínicas em problemas externalizantes ($p=0,020$). Ainda, 84,6% delas apontou total de problema ($p=0,003$) e déficit de atenção e hiperatividade ($p=0,006$) para suas crianças, segundo o instrumento utilizado. Outra associação significativa foi para ansiedade-traço materna e problemas externalizante ($p<0,001$), total de problema ($p<0,001$), problemas de desenvolvimento ($p=0,001$), déficit de atenção e hiperatividade ($p=0,001$) e problema de conduta ($p=0,029$). Das 21 mães identificadas com ansiedade-traço, 61,9% avaliou suas crianças como clínicas em problemas externalizantes, 81% delas em total de problemas e

déficit de atenção e hiperatividade, 71,4% em problemas de desenvolvimento e 47,6% delas em problemas de conduta. Sobre esses resultados, entende-se que a ansiedade materna pode trazer problemas comportamentais especificamente do grupo externalizante para as crianças com fissura labiopalatina, uma vez que os dados mostraram associações significativas para déficit de atenção e hiperatividade, problemas de conduta e problemas de desenvolvimento. Considerando que a ansiedade envolve componentes psicológicos do indivíduo, ou seja, estão relacionados a fatores internos, que se refere a como o indivíduo interpreta o mundo ao seu redor e reage a ele, podemos inferir que as mães da amostra apresentam distorções em seus relatos, com tendências a avaliarem seus filhos com comportamentos mais difíceis. Esta inferência está apoiada nas informações de Amaral (1997) que identificou nas mães de crianças com fissura maior queixa de ansiedade e dificuldade em lidar com seus filhos fissurados do que com os seus filhos normais. Essa discussão remete também ao estudo de Loomans et al. (2011) que identificaram mais problemas relacionados a hiperatividade, desatenção e conduta na avaliação das mães com indicadores de ansiedade quando comparada ao relato dos professores. Concordando ainda com os resultados, podemos destacar o estudo realizado por O'Connor et al. (2003) que identificaram por meio dos relatos de mães com sintomas ansiogênicos no período gestacional taxas elevadas de problemas comportamentais, tais como, totais, hiperatividade, conduta e emocionais em suas crianças aos 47 e 81 meses de idade.

Podemos, ainda, inferir outra hipótese relacionada à ansiedade materna e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina. A influência da ansiedade na percepção materna sobre os problemas comportamentais de seus filhos, especialmente os externalizantes, que tiveram um resultado significativo nesta amostra, podem estar associados à superproteção. O fato das mães não terem seus filhos perfeitos como imaginavam, podem ainda alimentar sentimentos de culpa e pena e, com o intuito de repararem este sentimento,

são mais permissivas e superprotetoras, o que implica o não estabelecimento de regras e limites, o que pode favorecer problemas externalizantes nas suas crianças. Esta hipótese está apoiada nos manuscritos de Nascimento (2006) e Graciano, Tavano e Bachega (2007) que apontam como reações inerentes à situação do nascimento de uma criança com malformação, o sentimento de ter falhado, o sentimento de pena e culpa e a superproteção. A superproteção, segundo Amaral (1997) é uma característica muito comum de pais de crianças com fissura labiopalatina, que tentam poupar seus filhos de problemas nos relacionamentos sociais com outras pessoas e com o ambiente que o cerca, favorecendo a instalação de um repertório não assertivo na criança, com prejuízo na adaptação em longo prazo a diferentes contextos, como na escola, conforme percebido por Gray, Indurkha e McCormick (2004) e Turrini, Enumo, Ferrão e Monteiro (2010).

Portanto, podemos destacar que os indicativos clínicos para a ansiedade é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais externalizantes nas crianças com fissura labiopalatina, sendo a ansiedade-estado para os problemas totais e déficit de atenção e hiperatividade, enquanto que a ansiedade-traço para os problemas totais, problemas de desenvolvimento, déficit de atenção e hiperatividade e problemas de conduta.

No que se refere à depressão e problemas de comportamento na amostra estudada, não encontrou-se nenhuma associação significativa, talvez este resultado esteja relacionado ao tamanho da amostra, a idade da criança ou ainda ao instrumento utilizado.

Observou-se associação significativa para o estresse materno e problemas comportamentais nas crianças com fissura. Constatou-se que, das 33 mães com indicativos de estresse, 45,5% apontaram problemas externalizantes ($p=0,024$) e 54,5% delas indicaram problemas de desenvolvimento ($p=0,025$) para suas crianças. Esses dados são condizentes com o estudo de Endriga, Jordan e Speltz (2003) que encontraram problemas comportamentais externalizantes em crianças com fissura labiopalatina filhos de pais com

indicadores de estresse. Este achado também é consistente com os dados da pesquisa de Kvalevaag et al. (2013) que encontraram associação entre o alto nível de estresse materno e problemas socioemocionais e comportamentais em crianças aos três anos de idade. Portanto, podemos considerar o estresse como fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos externalizantes e problemas de desenvolvimento nas crianças com fissura labiopalatina.

Considerando as situações estressantes que envolvem a maternidade e visto que em nossa cultura as mães ocupam-se mais dos cuidados e da educação de suas crianças (COSTA; TEIXEIRA; GOMES, 2000; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004), sugere-se que os indicativos de ansiedade e de estresse constatados neste estudo podem afetar a qualidade da interação diádica, por não responder às necessidades psicossociais dos seus filhos e a organização do ambiente familiar, tornando as mães menos responsivas, o que pode favorecer os problemas comportamentais do grupo externalizantes nestas crianças. Esta sugestão está baseada no estudo de Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006) que constataram alta prevalência de dificuldades das mães no exercício do papel parental, bem como menos interações positivas com seus filhos quando apresentavam maiores níveis de estresse.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Confirmação e Refutação das Hipóteses

A principal hipótese apontada pelo presente estudo considerou que as crianças com fissura labiopalatina que convivem com mães com um dos indicadores emocionais, como a depressão, a ansiedade e o estresse apresentariam maior prevalência de comportamentos internalizantes e externalizantes, sendo que para os meninos seriam identificados mais problemas de comportamento externalizantes enquanto que para as meninas mais problemas de comportamento internalizantes. Além desta, as outras hipóteses levantadas foram de que as crianças com fissura labiopalatina considerada mais grave, do tipo transforame incisivo seriam identificadas com mais problemas comportamentais do que as crianças com fissura pré-forame e pós-forame incisivo, e que as crianças mais velhas apresentariam um aumento dos níveis de problemas comportamentais comparadas às crianças mais novas.

Em relação à primeira hipótese, os achados do presente estudo confirmam a suposição relativa das crianças que convivem com mães com indicadores clínicos para ansiedade e estresse apresentarem mais problemas comportamentais do grupo externalizante, mas não corroboraram a hipótese em relação à depressão materna e problemas de comportamento nas crianças. Nesse sentido, é importante que se tenha cautela na interpretação desses resultados e vários pontos considerados na discussão acima precisam ser avaliados. De qualquer forma, ainda existe escassez de estudos na literatura, principalmente no que se refere à saúde mental materna, com destaque para a ansiedade e estresse e suas implicações para o comportamento infantil, nessa fase do ciclo vital, o que aponta para a necessidade de novos estudos, que corroborem ou não os achados do presente estudo.

No que se refere à relação entre gênero e problemas comportamentais, a hipótese levantada inicialmente também foi confirmada para ambos os gêneros, que apresentou maior frequência de problemas internalizantes em meninas e discreta elevação consistente no comportamento internalizantes e maior incidência de comportamentos externalizantes dos meninos. Considerando o perfil comportamental que compõem as escalas internalizantes e externalizantes, foi observada uma associação entre gênero e comportamento agressivo, com destaque para o gênero masculino, corroborando a hipótese de que os meninos seriam identificados com mais problemas de comportamento externalizantes, porém os resultados não corroboraram com a hipótese da associação do gênero feminino e comportamento internalizante.

Quanto à hipótese levantada de que as crianças com fissura labiopalatina considerada mais grave, do tipo transforame incisivo seriam identificadas com mais problemas comportamentais do que as crianças com fissura pré-forame e pós-forame incisivo, não foi confirmada, uma vez que os resultados mostraram porcentagens maiores de problemas de comportamento em crianças com fissura do tipo pós-forame incisivo, enquanto que as crianças com fissura do tipo transforame incisivo ficaram em segundo lugar quanto às porcentagens de problemas. Independente do tipo de fissura pode-se constatar a prevalência de comportamentos internalizantes na amostra corroborando com os achados da literatura (POPE; SNYDER, 2005; MURRAY et al., 2010). Considerando o perfil comportamental que compõem as escalas internalizantes e externalizantes, as crianças com o tipo pré-forame e transforame incisivo apresentaram maior porcentagem (50% e 27,1% respectivamente) para problemas de ansiedade/depressão, confirmando parcialmente a hipótese proposta no presente estudo.

Os dados não confirmaram a hipótese de que mais velhas apresentariam um aumento dos níveis de problemas comportamentais comparadas às crianças mais novas. Observou-se

no estudo que as crianças mais velhas apresentaram uma porcentagem maior de problemas internalizantes (62,2%) e problemas totais (46,7%) quando comparado aos problemas externalizantes (34,2%) das crianças mais novas. Entretanto, quando considerado o perfil comportamental que compõem as escalas internalizantes e externalizantes, foi observada uma associação entre idade e comportamento agressivo, com destaque para a idade entre três anos a quatro anos e três meses não corroborando com a hipótese proposta no estudo.

7.2 Limites do estudo

Faz-se necessário, ao analisar os achados do presente estudo, destacar algumas limitações inerentes aos aspectos metodológicos utilizados. A primeira delas refere-se ao fato dos indicadores emocionais maternos terem sido obtidos a partir de instrumentos de auto-avaliação favorecendo limitações quanto à confiabilidade das informações fornecidas pelas mães.

Outra limitação encontrada no estudo refere-se à superposição dos três indicadores emocionais maternos avaliados e a consequente dificuldade para a avaliação desses sintomas de forma separada. Uma possibilidade é que essa superposição seja devida a limitações psicométricas das escalas utilizadas, uma vez que o BDI, o IDATE e o ISSL apresentaram correlações que variaram entre 0,34 e 0,65. Outra sugestão é que a depressão e a ansiedade podem ser componentes de um processo de estresse psicológico geral. Ou, ainda, os três constructos podem apresentar um componente de sobreposição, composto por um fator inespecífico, que corresponde ao afeto negativo, fator este que congrega vários estados aversivos como constrangimento, raiva, culpa, medo, tristeza, desdém, desgosto e

preocupação, conforme aponta os pesquisadores Andrade e Gorenstein (1998) e Gorenstein, Andrade e Zuardi (2000).

Outro ponto a ser comentado também é que as informações sobre o comportamento infantil foram avaliadas pelo relato de uma única fonte, as mães, não sendo incluídas outras fontes de relato tais como professores, pais e cuidadores, o que pode ser questionado, tendo em vista que a literatura relata que mães com indicadores clínicos para depressão, ansiedade e estresse tendem a relatar mais problemas de comportamento com relação aos seus filhos do que mães sem estes indicadores (FOSSUM et al., 2007; GARTSTEIN et al., 2009). Considerando, também, que algumas crianças podem passar mais tempo com professores, cuidadores ou outro membro da família do que com os pais, principalmente com a mãe, podemos inferir que outro adulto teria um conhecimento maior acerca do funcionamento comportamental da criança.

Tem-se, também, a diversidade metodológica adotada nos estudos, com instrumentos de medidas diferentes, limitando algumas comparações. Há ainda a escassez de estudos nacionais e internacionais referentes à ansiedade e estresse materno e a população estudada. A maioria dos estudos sobre indicativos emocionais maternos centra-se no período gestacional e puerperal, limitando assim as comparações. Desta maneira, tornam-se fortes os indicativos de que mais pesquisas sejam realizadas a esse respeito, principalmente com a temática da ansiedade e do estresse materno.

7.3 Considerações para futuros estudos

Estudos prospectivos poderão verificar a persistência dos indicativos emocionais maternos, assim como a atenuação ou intensificação dos problemas comportamentais nas

crianças com fissura labiopalatina ao longo do seu desenvolvimento. A pesquisa pode ser estendida a outras faixas etárias de crianças, visando verificar a generalidade das associações encontradas.

Na presente pesquisa não foram utilizados grupos de comparação, com diferentes informantes e controle das variáveis sociodemográficas dos pais, o que representa uma limitação metodológica. Estudos futuros poderiam incluir grupos de comparação e diferentes informantes, tais como professores e pais, possibilitando ampliar o leque de comparação dos resultados.

Considera-se interessante, para próximos estudos, que se avaliem as práticas educativas maternas, a fim de correlacioná-las com os indicadores emocionais maternos (depressão, ansiedade e estresse), bem como com os problemas comportamentais das crianças, conforme aponta a literatura (ALVARENGA; PICCININI, 2001, 2003; GARTSTEIN; FAGOT, 2003; CUMMINGS; KELLER; DAVIES, 2005; CORTES et al., 2006; SILK et al., 2006b; CID, 2008; BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009; CID; MATSUKURA, 2010; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2011).

8 REFERÊNCIAS

- ABDO, R. C. C.; MACHADO, M. A. A. M.; **Odontopediatria das fissuras labiopalatinas**. São Paulo: Editora Santos, 2005. 113p.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for ASEBA preschool forms & profiles**. Burlington: University of Vermont, 2000.
- ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. **J. consult. clin. psycho.**, United States, v.47, p.223-233, 1979.
- ADEWUYA, A. O. et al. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. **J. affect disord.**, Amsterdam, v.108, p.191-193, 2008.
- AIRES-CONÇALVES, S.; COELHO, R. **Perturbação de ansiedade generalizada em cuidados de saúde primários: abordagem e tratamento**. Revista Portuguesa de Psicossomática, v.7, n.1-2, p.65-75, jan./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770205>>. Acesso em: 12/05/2013.
- AKTAN, N. M. Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: a secondary analysis. **Clin. nurs. res.**, Newbury Park, v.21, n.2, p.183-94, May, 2012.
- ALEGRETTI, J. **Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres**. 70f. (Dissertação) Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- ALLEN, N. B.; LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. **Dev. psychopathol.**, New York, v.10, n.3, p.513-529, 1998.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Soc. sci. med.**, Oxford, v.59, p.1339-1353, 2004.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e a interação entre mães e crianças com problemas de externalização. **Aletheia**, Canoas, n.17-18, p. 7-20, jan./dez., 2003.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.14, n.3, p. 449-460, 2001.
- AMARAL, V. L. A. R. **Aspectos psicossociais**. In: ALTMANN, E. C. B. (Org.). **Fissuras labiopalatais**. 4. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997. p.500-514.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.25, n.6, 1998.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, vol. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. psychiatr. psychiatr. epidemiol.**, Berlim, v.37, n.7, p. 316-325, Jul.2002.

ANSEMI, L. et al. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. **J. child psychol. Psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.45, n.4, p.779–788, 2004.

ARAÚJO, D. M. R.; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.747-756, abr., 2007.

ARAVENA, V. E. J.; FIERRO, E. H. Nivel de estres de las madres com recién nacidos hospitalizados en La unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepcion, Concepcion, 1999. **Cienc. enferm.**, Concepcion, v.8, n.1, p.31-36, 2002.

ASSIS, S. G. et al. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.43, Supl.1, p.92-100, 2009.

BACHEGA, M. I. **Indicadores psicossociais e repercussões na qualidade de vida de adolescentes com fissura labiopalatal**. 2002. 252f. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

BAIBAZAROVA, E. et al. Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v.38, n.6, p.907-15, Jun., 2013.

BANDEIRA, M. et al. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. **Estud. psicol.**, Natal, v.11, n.2, p.199-208, maio/ago. 2006.

BARBOSA, A. J. G.; OLIVEIRA, L. D. Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v.2, n.02, p.36-50, jul.-dez., 2008.

BARUFI, L. et al., Comportamento de escuta em indivíduos com fissura labiopalatina: achados preliminares. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v.5, n.18, p.9-15, 2004.

BASTOS, P. R. H. O.; GARDENAL, M.; BOGO, D. O ajustamento social dos portadores de anomalias craniofaciais e a práxis humanista. **Arq. int. otorrinolaringol.**, São Paulo, v.12, n.2, p.280-288, abr./jun. 2008.

BATENBURG-EDDES, T. V. et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. **J. child psycho. psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.54, n.5, p.591–600, 2013.

BAYER, J. K. et al. Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. **Aust. New Zealand j. psychiatr.**, Melbourne, v.46, n.7, p.659-668, Jul., 2012.

- BECK, A. T. et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press; 1979
- BENUTE, G. R. G. et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. **Clinics.**, São Paulo, v.65, n.11, p.1127-1131, 2010.
- BHAGWANANI, S. G. et al. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. **J. natl. med. assoc.**, New York, v.89, p.93-98, 1997.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE**. CEPA: Rio de Janeiro, 1979.
- BLACK, M. M. et al. Maternal depressive symptoms and infant growth in rural Bangladesh. **Am. j. clin. nutr.**, Bethesda, v. 89, n.3, March, 2009.
- BLATT-EISENGART, I. et al. Sex differences in the longitudinal relations among family risk factors and childhood externalizing symptoms. **Dev. psychol.**, Washington, v.45, n.2, p.491-502, 2009.
- BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v.28, n.1, p.18-33, 2008.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A.; OISHI, J. Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento de filhos. **Psicol. argum.**, Curitiba, n.9, p.11-29, 2003.
- BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professores. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.19, n.3, p. 460-469, 2006.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; MANFRINATO, J. W. S. Mães avaliam comportamentos socialmente “desejados” e “indesejados” de pré-escolares. **Psicol. estud.**, Maringá, v.10, n.2, p.245-252, mai-ago, 2005.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. O que os pais falam sobre suas habilidades sociais e de seus filhos? **Psicol. argum.**, Curitiba, n.7, p.71-86, 2002.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estud. psicol.**, Natal, v.7, n.2, p. 227-235, jul.-dez., 2002.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.21, n.48, p.61-71, jan.-abr. 2011.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; PAIVA, M. M.; BARBOSA, C. G. Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: um estudo de caracterização. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.169-184, 2009.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.26, n.1, p. 67-75, jan-mar, 2010.

BOYLE, M. H.; PICKLES, A. R. Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. **J. abnorm. child psycho.**, Washington, v.25, n. 5, p. 399-412, 1997.

BRAND, S.R.; BRENNAN, P.A. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? **Clin. obstet. gynecol.**, Philadelphia, v. 52, n.3, p. 441-455, Sep., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRIDGETT, D. J. et al. Maternal and contextual influences and the effect of temperament development during infancy on parenting in toddlerhood. **Infant behav. dev.**, Norwood, v.32, n.1, p.103–116, 2009.

BRITTON, J. R. Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. **Women health**, New York, v.51, n.1, p.55-71, Jan., 2011.

BRITTON, J. R. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. **Depress. anxiety.**, New York, v.25, n.9, p793-800, 2008.

BRUIJN, A. T.; VAN BAKEL, H. J.; VAN BAAR, A. L. Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v.85, n.5, p.319-24, May, 2009.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.37, n.2, p.151-158, maio/ago., 2006.

BUFFA, M. J. M. B. **A inclusão da criança com fissura labiopalatina no ensino regular: uma visão do professor de classe comum**. 2009. 152f. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2009.

BUITELAAR, J. K. et al. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. **Neurobiol. aging.**, New York, v.24, Suppl 1, p.53-60, May-Jun., 2003.

BUREAU, J. F.; EASTERBROOKS, M. A.; LYONS-RUTH, K. Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? **Dev. psychopathol.**, New York, v.21, n.2, p.519–537, 2009.

BURT, K. B. et al. Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: the importance of independent data. **J. child psycho. Psychiatry allied discipl.**, Oxford, v.46, n.5, p. 490–499, 2005.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação do stress em adultos jovens. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.257–263, 2003.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família. **Rev. latinoam.enferm.**, Ribeirão Preto, v.12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E. (Coord.). **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p.195-239.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v.13, n.6, p.1119-1126, Nov./dez., 2011.

CARNIER, L. E. **Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: estabelecendo relações.** 180f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

CARVALHO, A. P. B.; TAVANO, L. D. Avaliação dos pais diante do nascimento e tratamento dos filhos portadores de fissura labiopalatal, no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – Bauru. **Pediatr. mod.**, São Paulo, v.36, n.1, p.842-847, 2000.

CIA, F.; PAMPLIN, R. C. O.; DEL PRETTE, Z. A. P. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.16, n.35, p.395-408, 2006.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. **Mundo saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p.73-81, 2010.

CLAVARINO, A.M. et al. Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. **J. atten. disord.**, Toronto, v.13, n.6, p.658-667, May, 2010.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Fatores psicológicos e sociais relacionados às crianças portadoras de fissuras labiopalatais. **Pediatr. mod.**, São Paulo, v.38, n.11, p.513-516, nov. 2002.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.24, n.3, p.197-209, 2003.

COPPER, R. L. et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. **Am. j. obstet. gynecol.**, St. Louis, v.175, n.5, p.1286-92, Nov., 1996.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. **Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura.** Rev Latino-am Enfermagem, v.15, n.4, jul.-ago., 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso: 05/06/2013.

CORTES, R. C. et al. Gender differences in the association between maternal depressed mood and child depressive phenomena from grade 3 through grade 10. **J. yoult adolesc.**, v.35, p.815-826, 2006.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigências: Duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.13, n.3, p.465-473, 2000.

CRESTANI, A. H. et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v.14, n.2, p.350-360, mar.-abr., 2012.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.181-8, 2005.

CUMMINGS, M. E.; KELLER, P. S.; DAVIES, P. T. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.46, p. 479-489, 2005.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2001.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D.; Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.15, n.2, p.346-354, 2012.

DALBEN, G. S.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. Características básicas do bebê portador de fissura lábio-palatal: aspectos de interesse para o CD. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.56, n.3, p.223-226, maio-jun., 2002.

DAVIS, E. P.; SANDMAN, C. A. Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children. **Psychoneuroendocrinology.**, Oxford, v.37, n.8, p.1224-33, Aug., 2012.

DIETRICH, S. et al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. **Aust. New Zealand j. psychiatr.**, Melbourne, v.38, n.5, p.348-54, May, 2004.

DIPIETRO, J. A. Maternal stress in pregnancy: considerations for fetal development. **J. adolesc. health**, New York, v.51, n.2 Suppl, p.S3-8, Aug., 2012.

DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v.22, Supl II, p.55-58, 2000.

ELGAR, F. J. et al. Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. **Clin. psychol. rev.**, Tarrytown, v.24, p.441-459, 2004.

EMERICH, D. R. et al. Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.43, n.3, p. 380-387, jul./set., 2012.

ENDRIGA, M. C.; JORDAN, J. R.; SPELTZ, M. L. Emotion self-regulation in preschool-aged children with and without orofacial clefts. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, Baltimore, v.24, n.5, p.336-344, Oct., 2003.

ENDRIGA, M.C.; KAPP-SIMON, K.A. Psychological issues in craniofacial care: state of art. **Cleft palate-craniofac. j.**, Lewiston, v.36, n.1, p.1-11, 1999.

ENGLE, P.L. Maternal mental health: program and policy implications. **Am. j. clin. nutr.**, Bethesda, v.89, suppl, p.963S-966S, 2009.

ESSEX, M. J. et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v.63, p.1246-1256, nov., 2006.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.171-178, mar., 2006

FERREIRA, C.L. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.973-981, Maio/Jun., 2009.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v.41, n.2, p.251-259, 2007.

FIGUEIREDO, M. C. et al. Fissura unilateral completa de lábio e palato: alterações dentárias e de má-oclusão - relato de caso clínico. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 13, n. 3, p.73-77, set./dez. 2008.

FIORAVANTI, A. C. M. et al. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do IDATE. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v.5, n.2, p. 217-224, 2006.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev. bras. psiquiatr.**, Porto Alegre, v.31, Supl I, p.7-17, 2009.

FLORES, M.R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v.15, n.2, p.348-360, 2012.

FONSECA, V. R. J. R. M; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.738-746, abr, 2010.

FORBES, E. E. et al. Maternal depression, child frontal asymmetry, and child affective behavior as factors in child behavior problems. **J. child psycho. Psychiatry allied discipl.**, Oxford, v.47, n.1, p.79-87, 2006.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v.30, n.1, p. 32-7, 2008.

FOSSUM, S. et al. Childhood disruptive behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? **Scand. j. psychol.**, Stockholm, v. 48 p. 375-382, 2007.

FOSTER, C. E. et al. Course and severity of maternal depression: associations with family functioning and child adjustment. **J. youth adolesc.**, New York, v.37, p.906-916, 2008.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.21, n.1, p. 33-41, 2008a.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. **Psicol. estud.**, Maringa, v. 13, n. 2, p. 335-344, abr./jun., 2008b.

FRANCISCO, V. L. et al. A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. **Anál. psicol.**, Lisboa, v.2, n.XXV, p.229-239, 2007.

FRITSCH, R. et al. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? **Rev. méd. Chile**, Santiago, v.135, p.602-612, 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.20, n.3, p.351-60, 2007.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

GARCIA, R. C. M. **Aspectos psicossociais e familiares de indivíduos com e sem distúrbios da comunicação decorrentes da fissura labiopalatina**. 2006. 101f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2006.

GARIB, D. G.; SILVA-FILHO, O. G.; JANSON, G. Etiologia das más oclusões, perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. **Rev. clín. ortodon. Dental Press.**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 30-36, ago./set. 2010.

GARTSTEIN, M. A. et al. Depressed mood and maternal report of child behavior problems: another look at the depression–distortion hypothesis. **J. appl. dev. psychol.**, New York, v.30, n.2, p.149–160, March, 2009.

GARTSTEIN, M. A.; FAGOT, B. I. Parental depression, parenting and family adjustment, and child effortful control: Explaining externalizing behaviors for preschool children. **J. appl. dev. psycho.**, v.24, p.143–177, 2003.

GARZUZI, Y. **Comparação dos fenótipos comportamentais de crianças e adolescentes com Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Williams-Beurer e Síndrome de Down**. 97f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

GENARO, K. F.; FUKUSHIRO, A. P.; SUGUIMOTO, M. L. F. C. P. Avaliação e tratamento dos distúrbios da fala. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO O. G. (Coord.). **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Editora Santos, 2007. p. 109-122.

GLASHEEN, C.; RICHARDSON, G. A.; FABIO, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. **Arch. womens ment. health.**, New York, v.13, n.1, p.61-74, Feb., 2010.

GLOVER, V. Annual research review: prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, Oxford, v.52, n.4, p.356-67, Apr., 2011.

GLOVER, V. et al. Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness in the child. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v.79, n.2, p.107-118, Sep., 2004.

GLOVER, V.; O'CONNOR, T. G.; O'DONNELL, K. Prenatal stress and the programming of the HPA axis. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, New York, v.35, n.1, p.17-22, 2010.

GLOVER, V. The effects of maternal anxiety or stress during pregnancy on the fetus and the long-term development of the child. **Nutr. health**, Berkhamsted, v.19, p.61-62, Jul., 2007.

GOLD, K. J. et al. Depression and risk factors for depression among mothers of sick infants in Kumasi, Ghana. **Int. j. gynaecol. obstet.**, Baltimore, v.120, n.3, March, p.228-231, 2013.

GOLDSMITH, H. H.; LEMERY, K. S. Linking temperamental fearfulness and anxiety symptoms: a behavior-genetic perspective. **Biol. psychiatr.**, New York, v.15; 48, n.12, p.1199-209, Dec. 2000.

GOMES-OLIVEIRA, M. H. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck depression inventory-II in a community sample. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v.34, p.389-394, 2012.

GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico USF**, Bragança Paulista, v.10, n.2, p. 169-178, jul./dez. 2005.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2043-2053, set, 2008.

GOODMAN, S. H.; GOTLIB, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychol. rev.**, Washington, v.106, n.3, p.458-490, 1999.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUARDI, A. W. **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português**. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.;

GORENSTEIN, C. et al. **Manual do inventário de depressão de Beck - BDI-II adaptação brasileira**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 156 p.

ZUARDI, A.W. (orgs.). **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. Lemos-Editorial: São Paulo, 2000, p.89-95.

GOULART JR., E.; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-857, 2008.

GRACIANO, M. I. G.; TAVANO, L. D. A.; BACHEGA, M. I. Aspectos psicossociais na reabilitação. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. p.311-333.

GRAMINHA, S. S. V. Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função do sexo e da idade. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.49-74, 1994.

GRANT, K.A. et al. Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant mental development. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v.86, n.9, p.551-556, Sep., 2010.

GRANT, K.A.; MACMAHON, C.; AUSTIN, M.P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. **J. affect. disord.**, Amsterdam, v.108, p.101–111, 2008.

GRAY, R. F.; INDURKHYA, A.; MCCORMICK, M. C. Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problem in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. **Pediatrics**, Evanston, v.114, n.3, p.736-743, 2004.

GUIDOLIN, B. L.; CÉLIA, S. A. H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.80-86, 2011.

GUIMARÃES, A. C. P. C. **Jovens com fissura labiopalatina: avaliação de saúde mental.** 2010. 130f. Tese (Doutorado em Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2010.

GUTTELING, B. M. et al. Does maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? **J. abnorm. child psychol.**, New York, v.34, n.6, p.789-98, Dec., 2006.

GUTTELING, B. M.; WEERTH, C.; BUITELAAR, J. K. Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v.30, n.6, p. 541-549, Jul., 2005.

HALLAK, L.R.L.; HALLAK, J.E.C.; GOLFETO, J.H. O estresse materno e os fatores de risco em crianças com distúrbios psiquiátricos. **Pediatr. mod.**, São Paulo, v.35, n.9, p.731-732, 1999.

HETLINGER, C. A.; SIMPKINS, C. G.; COMBS-ORME, T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. **Child. youth serv. rev.**, New York, v. 22, n. 1, p. 55-73, Jan. 2000.

HICKS, D.; CUMMINGS, T.J.; EPSTEIN, S.A. An approach to the patient with anxiety. **Med. clin. North America.**, Philadelphia, v.94, n.6, p.1127-1139, Nov., 2010.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUIZINK, A. C. et al. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. **J. child psycho. psychiatry allied discipl.**, Oxford, v.44, n.6, p.810–818, 2003.

HUNT, O. et al. Parent reports of the psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. **Cleft palate-craniof. j.**, Lewiston, v.44, n.3, p. 304-11, May., 2007.

HUNT, O. et al. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic Review. **Eur. j. orthod.**, Oxford, v.27, n.3, p.274-285, June, 2005.

HUSAIN, N. et al. Maternal depression and infant growth and development in British Pakistani women: a cohort study. **BMJ Open**, v.2, p.1-6, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000523.full>>. Acesso em: 01/08/2013.

JENKINS, J. M.; CURWEN, T. Change in adolescents' internalizing symptomatology as a function of sex and the timing of maternal depressive symptomatology. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v.47, n.4, p.399-405, Apr., 2008.

JONES, J. E. Self-concept and parental evaluation of peer relationships in cleft lip and palate children. **Pediatr. dent.**, Chicago, v.6, n.3, p.132-138, Sept. 1984.

JONES, N. A.; FIELD, T.; DAVALOS, M. Right Frontal EEG asymmetry and lack of empathy in preschool children of depressed mothers. **Child psychiatry hum dev.**, New York, v.30, n.3, p.189-204, 2000.

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.33, p.74-79, 2006.

KAREVOLD, E. et al. Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. **Dev. psycholDev. psychol.**, Washington, v.45, n.4, p.1051-1060, Jul., 2009.

KERNS, K. A.; SIENER, S.; BRUMARIU, L. E. Mother-child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. **Dev. psychopathol.**, New York, v.23, n.2, p.593-604, May, 2011.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. gen. psychiatr.**, Chicago, v.62, n.6, p.617-627, 2005.

KING, S.; LAPLANTE, D. P. The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development: Project Ice Storm. **Stress**, England v.8, n.1, p.35-45, March, 2005.

KISS, E. et al. Factors influencing mother-child reports of depressive symptoms and agreement among clinically referred depressed youngsters in Hungary. **J. affect. disord.**, Amsterdam, v.100, n.1-3, p.143-151, June, 2007.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais-bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.76-79, 2011.

KVALEVAAG, A. L. et al. Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children. **Pediatrics.**, Evanston, v.131, n.2, p.463-469, 2013.

LAFRENIERE, P. J.; DUMAS, J. E. Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: the short form (SCBE-30). **Psychol. assess.**, Arlington, v.8, p.369-377, 1996.

LAPLANTE, D. P. et al. Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. **Pediatr. res.**, Baltimore, v.56, n.3, p.400-10, Sep., 2004.

LEMOS, I. C. C.; FENIMAN, M. R. Teste de habilidade de atenção auditiva sustentada (THAAS) em crianças de sete anos com fissura labiopalatina. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v.76, n.2, p. 199-205, 2010.

LETOURNEAU, N. L.; TRAMONTE, L.; WILLMS, J. D. Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. **J. Pediatr. Nurs.**, Philadelphia PA, v.28, n.3, p.223-234, 2013.

LEVE, L. D.; KIM, H. K.; PEARS, K. C. Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from age 5 to age 17. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v.33, n.5, p.505-520, Oct., 2005.

LI, J. et al. Maternal life stress events in pregnancy link to children's school achievement at age 10 years. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v.162, n.3, p.483-9, Mar., 2013.

LIKIERMAN, M. Post natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy. **J. child psychother.**, London, 29, 301-315, 2003.

LILJA, G.; EDHBORG, M.; NISSEN, E. Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. **Scand. j. caring sci.**, Stockholm, v.26, n.2, p.245-253, Jun., 2012.

LINK, B. G. et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. **Am. j. public health**, Washington, v.89, n.9, p.1328-1333, Sep., 1999.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. **Manejo do estresse**. In: RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas. Campinas: Psy II, 1995, p. 279-292.

LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2000.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. **O stress no Brasil de hoje**. In: LIPP, M. N. (org.). O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus, 2004, p.215-222.

LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papyrus, 2004.

LIPP, M. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Papyrus: Campinas, 1996.

LOOMANS, E.M. et al. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v.87, n.8, p.565-570, Aug., 2011.

LOOMANS, E.M. et al. High levels of antenatal maternal anxiety are associated with altered cognitive control in five-year-old children. **Dev. psychobiol/Develop. psychobiol.**, New York, v.54, n.4, p.441-450, May, 2012.

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S. R. Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 94-101, 2010.

LOOSLI, L. **Depressão materna e o perfil de socialização de meninos e meninas em idade escolar**. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LUOMA, I. et al. A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. **Child psychiatry hum. dev.**, New York, v.35, n.1, p.37-53, 2004.

LUOMA, I. et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v.40, n.12, p. 1367-1374, Dec., 2001.

MANUEL, J. I. et al. , M. L.; BLEDSOE-MANSORI, S. E.; BELLAMY, J. L. The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. **Soc. sci. med.**, Oxford, v.75, p 2013-2020, 2012.

MARCUS, M. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. **Can. j. clin. pharmacol.**, Oakville, v.16, n.1, p.15-22, jan., 2009.

MARGINS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.25, n.2, p.65-74, 2003.

MARQUES, L. C. **Implicações psicossociais da realização da faringoplastia em indivíduos com fissura labiopalatina**. 2004. 92f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2004.

MARTELLI JÚNIOR, H. et al. Estudo epidemiológico das fissuras labiais e palatais em Alfenas-Minas Gerais – de 1986 a 1998. **RPG rev. pos-grad.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-35, jan./mar. 2006.

MARTELLI, D. R. B. et al. Maternal and paternal age, birth order and interpregnancy interval evaluation for cleft lip-palate. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 76, n. 1, p. 107-112, fev. 2010.

MARTINS, V. F. L. **Implicações emocionais e sócio-cognitivas da depressão materna na criança em idade escolar**. 78f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2011.

MATSUKURA, T. S. et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v.13, n.3, p.415-428, Set.-Dez. 2007.

MCCMAHON, C. et al. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. **Aust. New Zealand j. psychiatr.**, Melbourne, v.35, n.5, p.581-588, Oct., 2001.

MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.35, n.5, p.178-186, 2008.

MENTA, O. V.; SOUZA, M. G. G. Depressão pós-parto: Sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v.17. n.2, p. 67-72, abr/jun, 2010.

MIAN, L. et al. A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.25, n.1, p.29-37, jan./mar., 2009.

MIGUEL, L. C. M.; LOCKS, A.; PRADO, M. L. do. O relato das mães quando do início escolar de seus filhos portadores da má-formação labiopalatal. **RSBO**, Joinville, v. 6, n.2, p.155-161, jan. 2009.

MILLARD, T.; RICHMAN, L. Different cleft conditions, facial appearance, and speech: relationship to psychological variables. **Cleft palate-craniofac. j.**, Lewiston, n.38, p.68-75, 2001.

MINER, J. L.; CLARKE-STEWART, A. K. Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater. **Dev. psychol.**, Washington, v.44, n.3, p.771-786, 2008.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.39, n.6, p.194-197, 2012.

MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.165-176, maio/ago, 2005.

MOURA, C. B. et al. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos clínic.**, São Leopoldo, v.1, n.1, p.1-8, jan.-jun., 2008.

MOURA, C. B. et al. Questionário de situações domésticas: comparação entre pré-escolares clínicos e não clínicos. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.26, n.1, p.57-66, jan.-mar., 2010.

MULDER, E. J. H. et al. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v.70, n.1-2, p.3-14, Dec., 2002.

MURRAY, L. et al. The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children. **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, London, v.51, n.1, p.94-103, Jan. 2010.

NAJMAN, J. M. et al. Bias influencing maternal reports of child behavior and emotional state. **Soc. psychiatr. psychiatr. epidemiol.**, Berlim, v. 36, n. 4, p. 186-194, 2001.

NASCIMENTO, A. C. A. **Resiliência e sensibilidade materna na interação mãe-criança com fissura labiopalatina**. 227f. (Tese) Doutorado em Psicologia. PUC, Campinas, 2006.

NASREEN, H. E. et al. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: Results from a population based study in Bangladesh. **J. affect. disord.**, Amsterdam, v.146, p.254-261, 2013.

NETO, P. T. L. F. **Avaliação sócio-comportamental de crianças portadoras de dermatite atópica**. 85f. Dissertação (Mestrado Ciências Médicas): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

O'CONNOR, T. G. et al. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. **J. child psychol. Psychiatry allied discipl.**, Oxford, v.44, n.7, p.1025-1036, Oct., 2003.

O'CONNOR, T. G. et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **Br. j. psychiatr.**, London, v.180, p. 502-508, Jun., 2002.

OLIVEIRA, M.A.D. **Neurofisiologia do comportamento**: uma relação entre o funcionamento cerebral e as manifestações comportamentais. Canoas: ULBRA, 1999, p.169-171.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (Coord). Organização Mundial da Saúde. (Trad. Dorgival Caetano). Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/index.html>. Acesso em: 19/04/2013.

OZER, E. J. et al. Does alleviating poverty affect mothers' depressive symptoms? A quasi-experimental investigation of Mexico's Oportunidades programme. **Int. j. epidemiol.**, London, v. 40, p.1565–1576, 2011.

PACHECO, J.; ALVARENGA, P.; REPPOLD, C.; PICCININI, C. A.; HUTZ, C. S. Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 55-61, 2005.

PADOVANI, F. H. P. et al. Anxiety, dysphoria, and depression symptoms in mothers of preterm infants. **Psychol. rep.**, Montana, v.104, n.2, p.667-679, Apr., 2009.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-neonatal. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v.26, n.4, p.251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. 261f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PAGANI, L. S. et al. Links between life course trajectories of family dysfunction and anxiety during middle childhood. **J. abnorm. child psychol.**, New York, v.36, n.1, p.41–53, 2008.

PARANAÍBA, L. M. R. et al. Cleft lip and palate: series of unusual clinical cases. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 649-653, Out. 2010.

PARSONS, C. E. et al. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. **Br. med. bull.**, London, v.101, n.1, p.57-79, 2012.

PATTERSON, G. R.; DEBARYSHE, B. D.; RAMSEY, E. A developmental perspective on antisocial behavior. **Am. psycho.**, v.44, p. 329-335, 1989.

PAVAN, M.; PIZETA, F. A.; LOUREIRO, S. R. Maternal depression, behavioral profile and school performance in school-age children. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.121-129, 2012.

PECK, D.H.; GRESSARD, R. P.; HELLERMAN, S. P. Central auditory processing in the school-aged child: is it clinically relevant? **J. dev. behav. pediatr.**, Baltimore, n.12, v.5, p.324-326, 1991.

PEDRO, R. de L. et al. Alterações do desenvolvimento dentário em pacientes portadores de fissuras de lábio e/ou palato: revisão de literatura. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 65-69, jan./abr. 2010.

PEGORARO-KROOK, M. I. **Avaliação dos resultados da fala de pacientes que apresentam inadequação velofaríngea e que utilizam prótese de palato**. [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo; 1995.

PELCHAT, D.; BISSON, J.; RICARD, N.; PERREAULT, M.; BOUCHARD, J. Longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. **Int. j. nurs. stud.**, Oxford, v.36, p.465-477, 1999.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.42, n.1, p.41-48, 2008.

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. **Psic. teor. pesqui.**, Brasília, v.24, n.1, p.29-36, jan./mar., 2008.

PEROSA, G. B. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.31, n.9, p.433-439, 2009.

PILOWSKY, D. J. et al. Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. **J. clin. psychiatr.**, Memphis, v.67, p.126-136, 2006.

PINHEIRO, M. I. S. et al. Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v.19, n.3, p.407-414, 2006.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.25, n.1, p.75-83, jan-mar., 2009.

PIRES, A. Determinantes do Comportamento Parental. **Anál. psicol.**, Lisboa, v.4, n.VIM, p.445-452, 1990.

POPE, A.W.; SNYDER, H.T. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: age and sex patterns. **Cleft palate-craniofac. j.**, Lewiston, v.42, n.4, p. 349-354, July, 2005.

- RAMOS, S. H. A. S.; FURTADO, E. F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 1, n.1, p. 20-28, jan.-jun., 2007.
- RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico USF**, Bragança Paulista, v.16, n.2, p.215-225, mai./ago. 2011.
- RECHIA, I.C.; SOUZA, A.P. Funções parentais e dialogia em casos de retardo de aquisição da linguagem com limitações práxicas. **Psicol. estud.**, Maringá, v.15, 2010.
- REHM, L. P. A self-control model of depression. **J. behav. ther. exp. psychiatry**, Oxford, v. 8, p. 787-804, 1977.
- RENERE, A. C. Incorporacion de la atencion psicológica a una patologia AUGE: fisuras labiopalatinas. **Ter. psicol.**, Santiago, v.22, n.2, p.189-191, nov. 2004.
- RIBAS, A. F. P.; RIBAS JÚNIOR, R. C.; VALENTE, A. A. Bem-estar emocional de mães e pais e o exercício do papel parental: uma investigação empírica. **Rev. bras crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.16, n.3, p.28-38, 2006.
- RIBEIRO, E. M.; MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v.18, n.1, p.31-40, 2005.
- RICE, F.; JONES, I.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. **Acta psychiatr. scand.**, Copenhagen, v.115, n.3, p.171-83, Mar., 2007.
- RICHMAN, L. C.; MILLARD, T. Brief report: cleft lip and palate: longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement. **J. pediatr. psychol.**, Washington, v. 22, n. 4, p. 487-494, Aug. 1997.
- RICHMAN, L.; ELIASON, M. **Psychological characteristics associated with cleft palate.** In: MOLLER, K.; STARR, C. Cleft palate: interdisciplinary issues and treatment. 1993, p.357-380.
- RIGHETTI-VELTEMA, M.; BOUSQUET, A. MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. **Eur. child adolesc. psychiatry**, Darmstadt, v.12, n.2, p.75-83, Apr., 2003.
- RIGHETTI-VELTEMA, M. et al. Postpartum depression and mother-infant relationship at three months old. **J. affect. disord.**, Amsterdam, v.70, p.291-306, 2002.
- RIVAS, Y. C. et al. Antecedentes de enfermedades maternas em pacientes com fisura de labio y/o paladar em ciudad de La Habana. **Rev. cuba. estomatol.**, Habana, v. 46, n. 2, abr./jun., 2009.
- RODRIGUES, A.; BOHLIN, G. Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.46, n.3, p.246-54, Mar., 2005.
- RODRIGUES, M. R. et al. Fissura completa bilateral: características morfológicas. **Rev. odontol. UNESP**, Marília, v. 34, n. 2, p. 67-72, abr./jun. 2005.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, p. 252-257, set. 2011

ROMANGNOLLI, M.; SILVA, R. F. M. A. **Proposta de estabelecimento de conceitos organizacionais: Missão, visão e valores do HRAC/USP**. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, 2008. 7p. (Relatório técnico administrativo).

ROMANO, E. et al. Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample. **Pediatrics**, Evanston, v.117, n. 6, p. 2101-2110, June, 2006.

ROY-BYRNE, P.P. et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. **Gen. hosp. psiquiatr.**, New York, v.30, p.208–225, 2008.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v.29 n.3, p.274-280, Porto Alegre, sept./dec. 2007.

RYCHIK, J. et al. Maternal psychological stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease. **J. pediatr.**, St. Louis, v.162, n.2, p.302-7, Feb., 2013.

SÁ, D. G. F. et al. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. **Psicol. teor. práct.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 179-188, jan./abr. 2009.

SANCHEZ, F. I. A.; BAPTISTA, M. N. Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autistas e assintomáticas. **Contextos clínic.**, São Leopoldo, v.2, n.1, p.40-50, jan.-jun., 2009.

SANTOS, I. S. et al. Long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v.157, n.3, p.401-406, 2010.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. **A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto**. *Psico USF*, Bragança Paulista, v. 12, n. 2, p. 319-326, jul./dez. 2007.

SAUD, L. F.; TONELOTTO, J. M. F. Comportamento social na escola: diferenças entre gêneros e séries. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v.9, n.1, p. 47-57, 2005.

SCHETTER, C. D. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. **Ann. rev. psychol.**, Palo Alto, v.62, p.531-58, 2011.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico USF**, Bragança Paulista, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SCHMIDT, C.; BOSA, C. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro v. 59, n. 2, p.179-191, 2007.

SCHMIDT, B. et al. Relacionamento conjugal e temperamento de crianças: uma revisão da literatura. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v.63, n.3, p.89-106, 2011.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 22, n.2, p.143-156, abr. jun., 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v.20, n.3, p.233-240, set./dez. 2004.

SILK, J. S. et al. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.47, n.1, p.69–78, 2006a.

SILK, J. S. et al. Maternal depression and child internalizing: the moderating role of child emotion regulation. **J. clin. child adolesc. psychol.**, London, v. 35, n.1, p. 116–126, 2006b.

SILVA FILHO, O. G.; SOUZA FREITAS, J. A. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA-FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. Santos: São Paulo, 2007. p.17-49.

SILVA, R. A. et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v.32, n.2, jun., 2010.

SILVA, E. A. T.; MARTINEZ, A. Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. **Estud. psicol.**, Campinas, v.22, n.1, p.53-61, 2005.

SILVEIRA, F. C. P.; PEROSA, G. B.; CARVALHAES, M. A. B. Fatores Psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutróficas: o papel da saúde mental materna. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.22, n.2, p. 217-225, 2012.

SINGH, A. L. et al. Parental depression and offspring psychopathology: a children of twins study. **Psychol. med.**, London, v.41, n.7, p.1385-1395, July, 2011.

SKARI, H. et al. Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress - a prospective longitudinal cohort study. **Prenat. Diagn.**, Chichester, v. 26, n.11, p.1001-1009, 2006.

SLIFER, K. J. et al. Social acceptance and facial behavior in children with oral clefts. **Cleft palate-craniof. j.**, Pittsburgh, v. 43, n.2, p. 226-236, Mar. 2006.

SLIFER, K. J. et al. Social interaction patterns of children and adolescents with and without oral clefts during a videotaped analogue social encounter. **Cleft palate-craniof. j.**, Lewiston, v. 41, n. 2, p. 175-184, Mar. 2004.

SNYDER, H.; POPE, A. W. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a craniofacial anomaly: diagnosis-specific patterns. **Cleft palate-craniofac. j.**, Lewiston, v.47, n.3, p.264-272, May, 2010.

SOHR-PRESTON, S. L.; SCARAMELLA, L. V. Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. **Clin. child fam. psychol. rev.**, New York, v.9, n.1, March, p. 65-83, 2006.

SOUZA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto. **Psicol. reflex. crít.**, Porto Alegre, v.24, n.2, p.335-343, 2011.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado**. CEPA: Rio de Janeiro, 1979.

STEWART-BROWN, S. Research in relation to equity: extending the agenda. **Pediatrics**, Evanston, v. 112, n. 3, p. 763-765, Sept. 2003.

SURKAN, P. J. et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v.89, p.608-615, 2011.

SZELBRACIKOWSKI, A. C.; DESSEN, M. A. Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. **Psicol. estud.**, Maringá, v.12, n.1, p.33-40, jan./abr. 2007.

TALGE, N. M.; NEAL, C.; GLOVER, V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? **J. child psychol. Psychiatry allied discipl.**, Elmsford, v.48, n.3-4, p.245-61, Mar-Apr., 2007.

TAVANO, L. D^o. A. **Análise da integração escolar de uma criança portadora de lesão lábio-palatal**. 1994. 182f. Dissertação (Mestrado em Educação de Indivíduos Especiais) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1994.

TAVANO, L. D^o. A. **Avaliação do desempenho psicossocial de pacientes submetidos a tratamento multidisciplinar das fissuras lábio-palatinas no HRAC-USP**. 2000. 203f. Tese (Doutorado em Distúrbio da Comunicação) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2000.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Fenótipo comportamental e cognitivo de crianças e adolescentes com Síndrome de Williams-Beuren. **Pró-fono.**, Barueri, v.22, n.3, p. 215-220, jul-set, 2010.

TURRINI, F. A. et al. Comportamentos afetivo-motivacionais durante prova assistida diferenciam pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso dos nascidos a termo. **Psicol. teor. prá.**, São Paulo, v.12, n.2, p.158-172, 2010.

URBANO, M.F.G. Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o stress da criança. In: LIPP, M. E. (org.). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Papirus: Campinas, 2004, p. 105-112.

VAN DEN BERGH, B.R.H et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. **Neurosci. biobehav. rev.**, New York, v.29, p.237-258. 2005b.

VAN DEN BERGH, B.R.H. et al. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on

the fetal origins of depressed mood. **Neuropsychopharmacol.**, New York, v.33, n.3, p.536-545, Feb., 2008.

VAN DEN BERGH, B.R.H.; MARCOEN, A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. **Child dev.**, Chicago, v.75, n.4, p.1085-97, Jul-Aug, 2004 .

VANZ, A. P.; RIBEIRO, N. R. R. Escutando as mães de portadores de fissuras orais. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.45, n.3, p.596-602, 2011.

VERONEZ, F. S. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes adultos com fissura labiopalatina**. 2007. 102f. Dissertação (Mestrado em Distúrbio da Comunicação Humana) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.

VITOLO, Y. L. C. et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.716-724, 2005.

VORCARO, C. M. R. et al. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. **Acta psychiatr. scand.**, Copenhagen, n.104: p. 257–263, 2001.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estud.psicol.**, Natal, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WEBSTER-STRATTON, C. Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: roles of parent and child behaviors and parent adjustment. **J. consult. clin. psychol.**, Washington, v.56, n.6, p.909-915, 1988.

WEHBY, G. L. et al. Oral clefts and behavioral health of young children. **Oral dis.**, Houndmills, v.18, n.1, p.74–84, 2012.

WEINSTOCK, M. Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic–pituitary–adrenal axis? **Neurosci. biobehav. rev**, New York, v.21, n.1, p.1-10, 1997.

WEINSTOCK, M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. **Neurosci. biobehav. rev**, New York, v.32, n.6, p.1073–1086, 2008.

WEISSMAN, M. M. The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. **J. psychiatr. res.**, Oxford, v.22, Supl.1, p.99-114, 1988.

WIELEWICKI, A.; GALLO, A. E.; GROSSI, R. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento de intervenção. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 513-523, 2011.

WIELEWICKI, A. Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudo de caracterização em clínicas-escola brasileiras. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p.379-389, 2011.

ZENDER, R.; OLSHANSKY, E. Women's Mental Health: Depression and Anxiety. **Nurs. clin. North America**, Philadelphia, v.44, n.3, p.355-364, 2009.

APÊNDICE I

Protocolo de Entrevista com mães de crianças com fissura labiopalatina

Data da Entrevista: ___/___/___ N° do R.G. _____/_____/_____
 Nome Criança: _____
 Sexo: () Masc. () Fem. Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
 Escolaridade da Criança: () Creche () Jardim I () Jardim II
 Tipo de Escola que Estuda: () Pública () Particular
 Tipo de Fissura: _____
 N° de cirurgias que já fez? _____

Componentes Familiar:

Pai: Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Rendimentos: _____	Mãe: Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Rendimentos: _____
---	---

Renda familiar em salários mínimos:
 () < 1 () 1 a 5 () 6 a 10 () 11 ou +

Estado Civil dos Pais: () Casados () União Estável () Separados () Mãe solteira

Outras pessoas que moram na casa?

parentesco: _____	idade: _____	escol./profissão: _____
parentesco: _____	idade: _____	escol./profissão: _____
parentesco: _____	idade: _____	escol./profissão: _____
parentesco: _____	idade: _____	escol./profissão: _____

1. Primeira gestação? () sim () não

Irmãos: (Quantos? _____)

sexo: _____	idade: _____	escolaridade: _____
sexo: _____	idade: _____	escolaridade: _____
sexo: _____	idade: _____	escolaridade: _____
sexo: _____	idade: _____	escolaridade: _____

Posição da Criança na família: _____

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, responsável pelo paciente _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa: **“Associações entre indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina”**, realizada por Francislaine da Silva, nº do Conselho de Psicologia: 06/94428, sob orientação da Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, nº do Conselho de Psicologia: 06/9031 e co-orientação do Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris, nº do Conselho: 93.436 que tem como objetivo avaliar os indicadores comportamentais de crianças com fissura labiopalatina que convivem com mães que apresentam indicadores clínicos para a depressão, ansiedade e estresse. Em um primeiro momento será realizada entrevista com a mãe sobre as condições sociodemográficas que levará em média, o tempo de dez minutos. Logo em seguida, a mãe responderá aos Instrumentos: CBCL, IDATE, ISSL e BDI, cujo tempo estimado será de 30 minutos. Sua participação nesta pesquisa proporcionará o levantamento de informações que possibilitarão conhecer sobre a influencia dos indicadores emocionais das mães sobre o desenvolvimento da criança fissurada, o que poderá dar condições de pensar em um programa de prevenção e orientação específicos para esta população, de modo a favorecer a obtenção de uma melhor qualidade de vida tanto para as mães como para as crianças com fissura labiopalatina. Não há riscos para os participantes desta pesquisa caso não seja alcançado o objetivo proposto acima citado.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235-8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art.9º do Código de Ética da Psicologia).

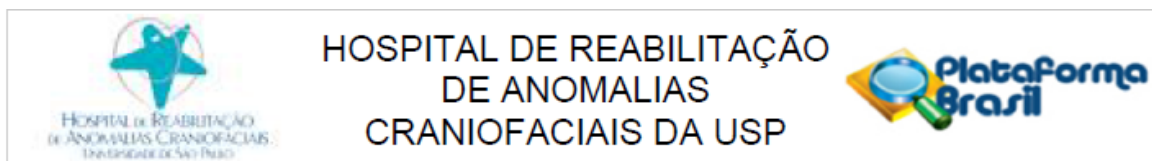
Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, ____/____/2012.

Assinatura do Responsável pelo Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome do Pesquisador Responsável: Francislaine da Silva
Endereço Institucional (Rua, Nº): Rua Silvio Marchione, 3-20
 Cidade: Bauru. Estado: São Paulo. CEP: 17.012-900
 Telefone: (14) 3235.8442. e-mail: franlorca24@yahoo.com.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associações entre os indicadores emocionais maternos para a depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina

Pesquisador: Francislaine da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05988512.2.0000.5441

Instituição Proponente: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 570.104

Data da Relatoria: 25/03/2014

Apresentação do Projeto:

Considerando que a depressão, a ansiedade e o estresse materno exercem influência significativa sobre a saúde mental da criança, favorecendo a presença de problemas de comportamentos, psicopatologia infantil, rebaixamento cognitivo, prejuízos no autoconceito, no desempenho social e na regulação emocional das mesmas, configura-se, assim, uma condição de adversidade ao desenvolvimento infantil.

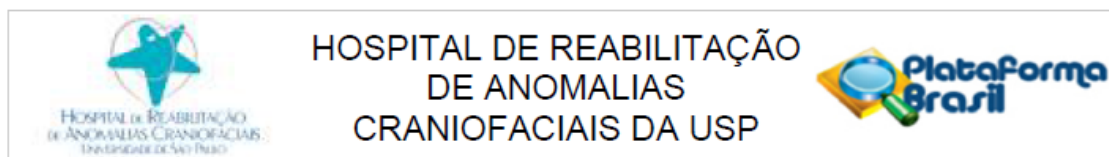
Dada a relevância do impacto causado pela depressão, ansiedade e estresse materno sobre o desenvolvimento infantil, a identificação destes estados emocionais e sua influência sobre a saúde mental de crianças com fissura labiopalatina, nos permitirá pensar em ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães, assim como propor medidas para os problemas de desenvolvimento adaptativo da criança com fissura labiopalatina.

Objetivo da Pesquisa:

3.1 Geral:

Identificar e correlacionar indicadores clínicos para a depressão, ansiedade e estresse maternos com os indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) em crianças com fissura labiopalatina.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br



Continuação do Parecer: 570.104

3.2 Específicos:

- ζ Descrever o nível de depressão em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- ζ Descrever o nível de ansiedade traço e estado em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, a partir da utilização do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE);
- ζ Descrever o nível de estresse em mães de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL);
- ζ Identificar, segundo o relato das mães, os indicadores de problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos, utilizando o CBCL (Child Behavior Checklist - versão de um ano e meio a cinco anos).
- ζ Correlacionar os indicadores de problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) de crianças com fissura labiopalatina, com idade entre três e cinco anos e os níveis de depressão, estresse e ansiedade apresentados pelas mães das mesmas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos contidos no presente estudo são inerentes aos projetos deste tipo. Uma vez realizados a partir das normas preconizadas pela Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, obedecendo às normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são próximos de zero.

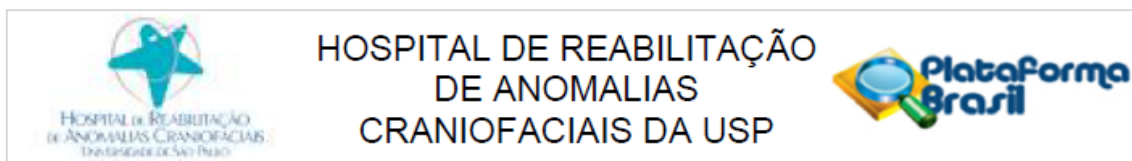
Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo constituem uma importante contribuição ao conhecimento dos fatores de risco materno e sua influência no desenvolvimento infantil, a identificação destes estados emocionais e sua influência sobre a saúde mental de crianças com fissura labiopalatina, nos permitirá pensar em ações preventivas e interventivas, de modo a favorecer o suporte psicológico para as mães, assim como propor medidas para os problemas de desenvolvimento adaptativo da criança com fissura labiopalatina. Adicionalmente, o desenvolvimento do projeto poderá trazer a população-alvo o benefício verificado em projetos desta natureza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As autoras comunicam as alterações realizadas no projeto e o submetem à nova análise deste comitê. Os itens alterados foram referentes:

- título, para "Associações entre os indicadores emocionais maternos para a depressão, ansiedade

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br



Continuação do Parecer: 570.104

e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina", na capa do projeto e no TCLE;

- objetivos, foram mantidos, porém, com mudanças na forma escrita, ou seja, na maneira de descrever.
- participantes, de 120 previstos, foram mantidos 83 na pesquisa.

A metodologia e os instrumentos propostos foram mantidos, o que conferiu manter a proposta de pesquisa aprovada por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados, referentes à folha de rosto, TCLE, projeto de pesquisa, carta de encaminhamento, análise crítica de riscos e benefícios, critérios p/ suspender e encerrar, termo de compromisso e divulgação e formulário do pesquisador.

Recomendações:

Nada a considerar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a considerar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

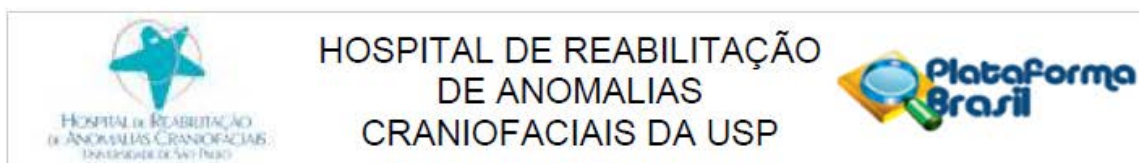
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer do relator em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Ressaltamos que, conforme a Resolução CNS 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado" e por informar ao CEP as emendas, ou seja, "todos os fatos relevantes que alterem o curso normal dos estudos por ele aprovados e, especificamente, nas pesquisas na área da saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras comparativas" (alterações que envolva métodos, critérios éticos, mudança de pesquisadores/entrevistadores e instrumental), tais emendas devem ser entregues na Seção de Apoio a Pesquisa do SVAPEPE, bem como anexadas na Plataforma Brasil. O CEP avaliará e emitirá o parecer das emendas.

O pesquisador também fica responsável pela entrega dos relatórios semestrais e final, bem como notificá-los pela Plataforma Brasil.

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-900
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8421 Fax: (14)3234-7818 E-mail: uep_projeto@centrinho.usp.br



Continuação do Parecer: 570.104

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação do trabalho.

BAURU, 26 de Março de 2014

Assinador por:
Marcia Ribeiro Gomide
(Coordenador)

Endereço: SILVIO MARCHIONE 3-20
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-900
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8421 **Fax:** (14)3234-7818 **E-mail:** uep_projeto@centrinho.usp.br