

**SAÚDE MENTAL DE ESCOLARES E A CONVIVÊNCIA COM A DEPRESSÃO
MATERNA RECORRENTE E GRAVE COM E SEM COMORBIDADE COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

*SCHOOL CHILDREN'S MENTAL HEALTH AND MATERNAL DEPRESSION WITH AND
WITHOUT COMORBIDITY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER*

*SALUD MENTAL DE ESCOLARES Y DEPRESIÓN MATERNA CON Y SIN
COMORBILIDAD CON TRASTORNO LÍMITROFE DE PERSONALIDAD*

Daniel Fernando Magrini

*(Psicólogo Clínico, Ribeirão Preto, SP, Brasil)
magrini.df@gmail.com*

Danubia Cristina de Paula

*(Centro Universitário Barão de Mauá,
Faculdade de Psicologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil)
danubiapaula@gmail.com*

Fernanda Aguiar Pizeta

*(Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil)
fepizeta@gmail.com*

Sonia Regina Loureiro

*(Universidade de São Paulo,
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil)
srlourei@fmrp.usp.br*

Recibido: 30/01/2024

Aprobado: 30/01/2024

RESUMO

O impacto para a saúde mental dos filhos da gravidade da depressão materna (DM), em comorbidade com outros transtornos, carece de estudos. Objetivou-se comparar indicadores de saúde mental de escolares, considerando grupos diferenciados pela gravidade da DM com e sem comorbidade com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Foram avaliadas 90 díades mães-crianças, distribuídas em três grupos, sistematicamente avaliados: Grupo Depressão (GD) - mães com indicadores de sintomas atuais de depressão e histórico de episódios anteriores, sem indicadores de TPB, Grupo Depressão em Comorbidade com TPB (GD-TPB) - mães com sintomas depressivos atuais e histórico de episódios anteriores com comorbidade com indicadores de TPB, e Grupo de Comparação (GC) - mães sem histórico de sintomas depressivos nem indicadores de TPB. As crianças, de ambos os sexos, tinham idade entre seis e 10 anos. Procedeu-se às avaliações em sessões individuais: a) com as mães - Questionário Geral e Questionário Sobre a Saúde do Paciente, Entrevista Clínica TPB e Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ); e b) com as crianças - Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Tratou-se os dados por procedimentos

estatísticos ($p \leq 0,05$). As crianças do GD-TPB apresentaram, com significância estatística, média maior que GD e GC quanto ao escore de problemas total, conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento. Verificou-se associação da gravidade da DM com TPB com mais problemas de saúde mental infantil, caracterizando um grupo clínico preferencial para intervenções em saúde mental.

Palavras-chave: depressão. transtorno de personalidade borderline. relações mãe-filho. criança. saúde mental.

ABSTRACT

The impact of the severity of maternal depression (MD) comorbid with other disorders on children's mental health is seldom studied. Hence, the objective was to compare schoolchildren's mental health indicators addressing groups differentiated by MD severity with and without comorbidity of Borderline Personality Disorder (BPD). Ninety mother-child pairs were assigned to three groups and were systematically assessed: Depression Group (DG) – mothers with indicators of current symptoms of depression and a history of previous episodes, without BPD indicators; Depression comorbid with BPD (DG-BPD) – mothers with current depressive symptoms and a history of previous episodes in comorbidity with BPD indicators; and Comparison Group (CG) – mothers with no history of depressive symptoms nor BPD indicators. The children of both sexes were between six and 10. The assessments were performed in individual sessions: a) with mothers – General Questionnaire and Patient Health Questionnaire, BPD Clinical Interview, and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); and b) with children – Raven's Colored Progressive Matrices Test. Data were treated using statistical procedures ($p \leq 0.05$). Children from the DG-BPD presented statistically higher means than the DG and CG on the total problem score, conduct, hyperactivity, and relationship problems. An association was found between the severity of MD and BPD and more frequent child mental health problems, characterizing a preferential clinical group for mental health interventions.

Keywords: depression. borderline personality disorder. mother-child relations. child. mental health.

RESUMEN

El impacto de la gravedad - de la depresión materna (DM), en comorbilidad con otros trastornos - para la salud mental de los hijos carece de estudios. Se objetivó comparar indicadores de salud mental de escolares, considerando grupos diferenciados por la gravedad de la DM con y sin comorbilidad con Trastorno de Límite de Personalidad (TLP). Fueron evaluadas 90 díadas madre-niño, distribuidas en tres grupos, sistemáticamente evaluados: Grupo Depresión (GD) - madres con indicadores de síntomas actuales de depresión e histórico de episodios anteriores, sin indicadores de TLP; Grupo Depresión en Comorbilidad con TLP (GD-TLP) - madres con síntomas depresivos actuales e histórico de episodios anteriores en comorbilidad con indicadores de TLP; y, Grupo de Comparación (GC) - madres sin histórico de síntomas depresivos ni indicadores de TLP. Los niños, de ambos sexos, tenían edad entre seis y 10 años. Se procedió a evaluar en sesiones individuales: a) con las madres - Cuestionario General y Cuestionario Sobre la Salud del Paciente, Entrevista Clínica TLP y Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) y b) con los niños - Test Matrices Progresivas Coloridas de Raven. Los datos se trataron con procedimientos estadísticos ($p \leq 0,05$). Los niños del GD-TLP presentaron significación estadística con media mayor que GD y GC en lo que se refiere al puntaje de problemas total, conducta, hiperactividad e problemas de relacionamiento. Se verificó asociación de la gravedad de la DM con TLP con más problemas de salud mental infantil, caracterizando un grupo clínico preferencial para intervenciones de salud mental.

Palabras clave: depresión. trastorno de personalidad límite. elaciones madre-hijo. niño. salud mental.

Introdução

Os problemas de saúde mental infantis são prevalentes no mundo e, segundo a metanálise de Polanczyk et al. (2015), realizada em 27 países e que envolveu 41 publicações, incluindo o Brasil, os transtornos mentais em crianças e adolescentes apresentam taxas de prevalência de 13,4% no mundo, com destaque para ansiedade (6,5%), comportamento disruptivo (5,7%), da hiperatividade e déficit de atenção (3,4%) e depressão (2,6%). No Brasil, a prevalência foi abordada pelo estudo epidemiológico de Paula et al. (2015), com uma amostra de 1.676 adolescentes e crianças entre seis e 16 anos, sendo identificada a taxa geral de 13,1% de transtornos mentais, com valores maiores na região central (18,5%) e no Sudeste (14,5%), sendo predominantes os transtornos de ansiedade, disruptivos e de déficit de atenção e hiperatividade.

Os problemas de saúde mental na infância têm ganhado destaque especialmente a partir dos encaminhamentos frequentes para instituições de atendimento em serviços de saúde mental. No Brasil, segundo Aguiar et al. (2018), em serviços-escolas de psicologia e psiquiatria, o público infantil tem se tornado mais frequente, afirmando que tais problemas na infância, quando não tratados, podem se agravar posteriormente, colocando em risco o desenvolvimento infantil. Com base na análise de prontuários de atendimentos de um serviço de psiquiatria infantil, Machado et al. (2014) relataram o predomínio na infância de queixas relativas a problemas externalizantes (agressividade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) e menor taxa de encaminhamento relativo a problemas internalizantes (ansiedade e depressão), chamando a atenção que estes problemas tendem a se intensificar no período próximo e durante a adolescência. Em estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, Fatori et al. (2018) identificaram a prevalência de 18,3% de problemas externalizantes e 30,7% de internalizantes. Independente do predomínio de determinados tipos de problemas, o que pode depender de especificidades das amostras, há um consenso nos estudos sobre a importância da identificação precoce de tais dificuldades. Nesse sentido, é relevante identificar condições de risco e de proteção para os problemas de saúde mental na infância. Dentre os principais fatores que influenciam negativamente o desenvolvimento infantil, estão incluídos os problemas de saúde mental das mães, em especial a convivência com a depressão, a qual se configura como uma condição de adversidade para os filhos em diferentes idades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão, comumente denominada de transtorno depressivo maior, caracteriza-se por manifestações que podem ser de longa duração e intensidades que variam de moderado a grave, associados a sofrimento e prejuízos nas interações sociais, no trabalho e na escola (World Health Organization [WHO], 2020). A depressão tem alta prevalência e impacto mundial, atingindo 280 milhões de pessoas, afetando mais mulheres do que homens, sendo o Brasil o país com maior número de pessoas com depressão da América Latina (WHO, 2023). Segundo Brito et al. (2022), tendo por referência a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência da depressão autorreferida na população geral brasileira adulta foi de 10,2%, com taxa de 14,1% para as mulheres. De acordo com a CID-11, as manifestações do transtorno depressivo maior podem ocorrer com intensidade e duração diversa, em diferentes níveis de gravidade clínica dos sintomas, sendo classificados de acordo com os episódios em únicos ou recorrentes, com ou sem sintomas psicóticos (WHO, 2019). A depressão apresenta várias comorbidades, e em amostras clínicas a comorbidade com o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) pode chegar a 70% (Goodman et al., 2010).

O impacto da depressão materna para filhos de diferentes idades é amplamente reconhecido, como mostrado nas metanálises de Goodman et al. (2011) e Sutherland et al. (2021), sendo associada a mais problemas de comportamento internalizante e externalizante, à psicopatologia geral e ao afeto negativo das crianças em idade escolar. Segundo a revisão sistemática de Pizeta et al. (2013), a qual analisou um amplo número de estudos sobre o impacto da sintomatologia depressiva materna nas crianças, foram constatadas associações entre o transtorno depressivo das mães e os problemas comportamentais e de

saúde mental de crianças em idade escolar. Relataram que, independente dos delineamentos dos estudos, foi verificada para as crianças expostas à depressão materna maior vulnerabilidade emocional e comportamental, além de manifestações depressivas, com mais altos escores no total de problemas de comportamento e saúde mental, e em escalas específicas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire* em inglês, denominado SDQ). Diferentes estudos empíricos têm demonstrado as associações da depressão materna aos problemas de saúde mental infantil, quanto ao escore total do SDQ e escalas específicas (Reyes et al., 2019) e problemas internalizantes e externalizantes (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2020; Bolsoni-Silva et al. 2016).

Embora muitos estudos reiterem a condição de adversidade da depressão materna para os escolares, poucos estudos abordam o impacto da gravidade da depressão para a saúde mental infantil. Dentre esses estudos, inclui-se o estudo empírico de O'Connor et al. (2017) que avaliaram o grau em que a gravidade/cronicidade da história de depressão materna se relacionou a variação nos sintomas de internalização e externalização de crianças de oito a 12 anos. Além disso, relataram que quando do convívio com os sintomas depressivos maternos atuais, independente do histórico de gravidade do transtorno depressivo, as crianças apresentaram mais sintomas internalizantes e externalizantes. A comorbidade da depressão com TPB caracteriza-se como uma condição clínica de maior gravidade, com diferentes impactos para os filhos, se associando a presença de mais dificuldades gerais quanto à saúde mental (Steele et al. 2019; Petfield et al., 2015). No estudo de Kluczniok et al. (2018) foi verificada a associação dessa comorbidade a mais problemas internalizantes e externalizantes das crianças.

Considerando que tal condição clínica de comorbidade da depressão com TPB é frequente, especialmente em amostras clínicas, o presente estudo se insere nessas lacunas, destacando a necessidade de mais pesquisas sobre a influência para a saúde mental infantil quando da convivência com essa condição de adversidade. Assim, objetiva-se comparar os indicadores de saúde mental de crianças em idade escolar, considerando grupos diferenciados pela gravidade da depressão materna, com e sem comorbidade, com Transtorno de Personalidade Borderline.

Método

O presente estudo teve delineamento transversal e de comparação entre grupos, com amostra não aleatória e de conveniência.

Aspectos éticos

Apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP), segundo os Processos CEP-HCFMRP Nº 3.190.579/2019 e CEP-HCFMRP Nº 4.247.877/2020, o estudo respeita todos os cuidados éticos com pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Nas avaliações realizadas com as mães, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sob as formas verbal, escrita e por meio de leitura compartilhada. No Termo estavam as informações a respeito dos objetivos do estudo, da ausência de prejuízos ou danos decorrentes da participação e do rigor com o sigilo das informações obtidas na pesquisa. Foi esclarecido que a participação era voluntária, ressaltando que a desistência era admissível em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para elas ou seus filhos. O consentimento das mães foi solicitado mediante autorização por escrito para sua própria participação e para a participação de seu filho. Foi obtida, ainda, a anuência das crianças para participação no estudo, por meio da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

Com a emergência sanitária da pandemia de Covid-19, decretada em março de 2020, as atividades de pesquisa junto às unidades de saúde foram canceladas pela Secretaria Municipal da Saúde, tendo por base a publicação de decreto específico. Após 120 dias, em julho do mesmo ano, sem uma definição favorável do

cenário da pandemia, optou-se por submeter para apreciação um adendo, junto ao CEP-HCFMRP-USP, solicitando mudanças que viabilizassem a retomada da coleta. Tal solicitação foi apreciada e aprovada.

Conforme a aprovação do adendo, adotou-se a continuidade da coleta na modalidade remota com as mães do Grupo Comparação, e presencial com as mães dos Grupos Clínicos. Conforme recomendações do CEP, com as crianças de todos os grupos as coletas permaneceram presenciais, ocorrendo remotamente apenas quando, de acordo com os critérios sanitários, a cidade se encontrasse na fase laranja, caracterização dada pelas normativas do governo do estado de São Paulo num momento de controle e atenção que permitia eventuais liberações, atendendo aos cuidados sanitários recomendados quanto ao distanciamento social e o uso de máscara.

A devolutiva dos dados foi oferecida às participantes e realizada conforme o seu interesse e, quando constatada a necessidade, mães e crianças foram orientadas e encaminhadas para atendimento junto a rede de saúde.

Participantes

Para a definição de quantos participantes teriam neste estudo, foi realizado um cálculo amostral com margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 95% e, a partir disso, estimou-se uma amostra razoável com um n variando entre 29 e 49 participantes para os dois grupos clínicos Depressão e Depressão em comorbidade com TPB. Definiu-se, assim, que seria realizada uma busca ativa de participantes e que cada um dos três grupos teria pelo menos 30 participantes. Os grupos clínicos tiveram por fonte um Centro de Atenção Psicossocial III, do interior paulista, e os participantes do Grupo Comparação foram indicados por outros participantes.

Foram incluídas no estudo 90 díades mães-crianças distribuídas em três grupos, com 30 díades cada, diferenciados pela saúde mental materna, sendo: Grupo Depressão (GD), tendo as mães indicadores clínicos de depressão atual e histórico de episódios anteriores, sem comorbidade com indicadores de TPB, sistematicamente avaliados, em seguimento clínico em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Grupo Depressão em comorbidade TPB (GD-TPB), tendo as mães indicadores clínicos de depressão atual e histórico de episódios anteriores, em comorbidade com indicadores de TPB, sistematicamente avaliados, em seguimento clínico em um CAPS; e Grupo Comparação (GC), tendo as mães ausência de indicadores de sintomas atuais de depressão e de indicadores clínicos de TPB, sistematicamente avaliados, sem histórico de episódios depressivos e de indicadores de TPB tratados clinicamente em serviço de saúde mental.

Como critérios de inclusão das mães nos grupos, considerou-se: a) idade entre 25 e 45 anos (média de idade para GD de 36 anos e 1 mês/Desvio Padrão (DP) = 6,10; para o GD-TPB de 35 anos e 8 meses/DP = 5,61; e para GC de 35 anos e 6 meses/DP = 5,87); e b) ausência de relato de doenças crônicas graves (dentre elas: câncer, AIDS, cardiopatias, doenças neurológicas degenerativas, doenças infecciosas incapacitantes, entre outras que compõem a lista de doenças graves e incapacitantes no art. 151 da Lei 8.213/91 de Planos de Benefícios da Previdência Social).

Para inclusão das crianças nos grupos, estas foram identificadas a partir de suas mães, tendo como critérios: a) inclusão de apenas uma criança por família; b) faixa etária entre seis e 10 anos de idade (para GD as crianças apresentaram média de idade de 8 anos e 7 meses/DP = 1,35; para as de GD-TPB, com média de 9 anos e 1 mês/DP = 1,26; e em GC a média foi de 8 anos e 5 meses/DP = 1,46); c) serem filhos biológicos de suas mães e residirem com a família de origem; d) ausência de deficiências físicas aparentes e/ou relato de doenças crônicas. Como controle de viés, foram excluídas crianças com nível intelectual abaixo da média. Quando presentes nas famílias mais de uma criança, incluiu-se aquela que permitisse o balanceamento nos grupos quanto ao sexo. Foram incluídos no grupo GD, 16 meninos e 14 meninas, no GD-TPB, 12 meninos e 18 meninas e no GC, 13 meninos e 17 meninas.

Quanto ao perfil sociodemográfico geral da amostra, não foram identificadas diferenças significativas quanto a: faixa etária das mães; escolaridade materna, sendo que a maioria das mães na amostra total e nos três grupos referiu ter estudado mais que oito anos – correspondente ao ensino médio (67,8%); cor, tendo a maioria das mães da amostra total informado a cor branca; número de filhos, sendo que na amostra total e nos três grupos a maioria das mães relatou ter de um a três filhos; escolaridade do chefe da família, a qual predominou na amostra geral ter estudado mais que oito anos – equivalente à escolaridade maior que o nível fundamental; classificação socioeconômica das famílias, de forma que a maioria das famílias incluídas no estudo se inseria nas classes C e D; e recebimento de Bolsa Auxílio, a qual não era recebida pela maioria das famílias incluídas.

As diferenças estatisticamente significativas identificadas foram quanto a: configuração familiar, com predomínio de famílias biparentais no GC, compostas por mulheres que viviam com companheiro, estando casadas ou em união estável, podendo ser o pai ou padrasto da criança incluída no estudo, enquanto que nos grupos GD e GD-TPB identificou-se menor frequência de famílias biparentais; superlotação residencial, sendo que na amostra total predominou o número de famílias com habitações que não caracterizavam a presença de tal indicador, e nas comparações entre grupos, as mães de GD referiram mais superlotação em seus lares em comparação a GD-TPB e GC, não havendo diferenças entre esses dois grupos.

Instrumentos

Para inclusão das mães nos grupos GD e GD-TPB, foram utilizados:

a) Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), utilizado para o rastreamento de sintomatologia depressiva, desenvolvido e validado por Kroenke et al. (2001), para avaliar a sintomatologia depressiva atual e sua gravidade por meio do autorrelato dos pacientes. O PHQ-9 é composto por nove questões, que examinam a presença dos sintomas de depressão nas duas últimas semanas, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), sendo que o escore total pode variar entre zero e 27. O PHQ-9 apresentou bons indicadores quanto a suas propriedades psicométricas, inclusive no Brasil (Osório et al., 2009). Para o presente estudo, adotou-se valores iguais ou superiores a 10 como critério de inclusão no GD e GD-TPB, e a presença da depressão atual. A presença de escores inferiores a 10 no PHQ-9 foram direcionadas ao GC.

b) Entrevista Clínica Semiestruturada para Avaliação do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) – com roteiro construído pelos autores para a identificação da comorbidade com TPB, o qual foi elaborado com base nos indicadores e critérios diagnósticos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde CID-10 (1989/2014) e do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais DSM-5 (*American Psychiatric Association [APA], 2014*), tendo tal diagnóstico ganhado características dimensionais junto ao CID-11. O roteiro foi composto por 20 questões e aborda quatro categorias de indicadores, a saber: a) autoconhecimento, identidade e relações pessoais; b) humor instável; c) impulsividade; e d) riscos ou história de autolesão suicida. Adotou-se como critério para a consideração da presença de indicadores clínicos de TPB, em concordância com as proposições do DSM-5 (APA, 2014), a identificação positiva de pelo menos cinco dos nove critérios identificados para o diagnóstico como condição para a inclusão de mães no GD-TPB e de exclusão para o GD e GC.

Para inclusão das crianças nos três grupos GD, GD-TPB e GC, utilizou-se o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial – teste psicológico de inteligência não-verbal, que possui bons indicadores psicométricos no Brasil (Paula et al., 2018). O desempenho no referido teste foi controle de viés, sendo condição nível intelectual dentro da média, expresso pelo percentil maior ou igual a 25.

Para o estudo propriamente dito, as mães responderam ao:

a) Questionário Geral – elaborado para a sondagem de informações sociodemográficas e algumas condições específicas dos participantes e de suas famílias quanto a condições relativas ao acompanhamento de saúde das mães e crianças.

b) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), utilizado para avaliar a saúde mental infantil. Desenvolvido por Goodman (1997) e traduzido e validado para a realidade brasileira por Fleitlich et al. (2000), tem por objetivo avaliar o comportamento das crianças e jovens de dois a 17 anos, tendo por referência os últimos seis meses. A versão utilizada neste estudo foi a destinada para os pais. O SDQ é de uso livre (disponível em: www.sdqinfo.com), composto por 25 itens, os quais são subdivididos em cinco escalas que avaliam: Recursos, Escalas de Comportamento Pró-Social; Problemas Externalizantes, que incluem escalas específicas para Problemas de Conduta e Hiperatividade; e Problemas Internalizantes, que incluem escalas específicas para Sintomas Emocionais e Problemas de Relacionamentos com os Colegas. Cada item é pontuado como zero, um e dois, e o escore de cada uma das escalas varia entre zero e 10 pontos, e o escore total de problemas pode ter como pontuação máxima de 40 pontos, que corresponde à soma da pontuação das quatro escalas de dificuldades. A validade e a fidedignidade do instrumento no Brasil foram verificadas por Woerner et al. (2004), que relataram boas qualidades psicométricas. Para a amostra do presente estudo, o Alfa de Cronbach foi 0,75.

Procedimentos

A coleta de dados foi iniciada em maio de 2019 e concluída em novembro de 2021, o que contemplou o período de pandemia da Covid-19, adotando-se os procedimentos sanitários necessários para a realização da coleta de dados.

As avaliações foram realizadas com as mães dos três grupos, em sessões individuais, presenciais ou por telefone, seguindo a sequência de aplicação: Questionário Geral, SDQ, PHQ-9, e Entrevista Clínica Semiestruturada para Avaliação do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), com duração média de aproximadamente 40 minutos, em uma única sessão. Para as aplicações dos instrumentos seguiu-se as prescrições e recomendações de cada técnica. Os itens dos instrumentos e as alternativas de respostas foram lidas e as participantes informavam verbalmente suas respostas as quais foram assinaladas nos protocolos pelos aplicadores previamente treinados. Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), precedendo a inclusão no estudo. As participantes mulheres/mães dos grupos clínicos foram avaliadas preferencialmente na data do retorno agendado no serviço de saúde mental referido.

Com as crianças dos três grupos, as avaliações foram realizadas em sessões presenciais e, após serem esclarecidos os objetivos do estudo e assinarem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), realizava-se um breve *rapport*, oferecendo materiais gráficos como, lápis de cor, canetas hidrográficas, lápis grafite e folhas de sulfite, propondo a realização de um desenho livre. Na sequência, aplicava-se o Raven, com tempo médio aproximado de 20 minutos. As avaliações foram realizadas nas dependências do serviço de saúde ou nas residências das famílias, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e por meio de visita pré-agendada, foram respeitadas as condições de privacidade e conforto, sendo que no período da pandemia os protocolos de segurança sanitária preconizados foram respeitados.

Os dados foram codificados e inseridos em uma planilha do Excel, validados por dois pesquisadores independentes, para posterior tratamento estatístico por meio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 25.0. Procedeu-se a codificação dos dados segundo as recomendações técnicas de cada instrumento. Os dados relativos à Entrevista Clínica Semiestruturada para Avaliação do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) foram categorizados conforme os critérios do DSM-5. Os dados provenientes do PHQ-9, da Entrevista Semiestruturada e do Raven foram usados como critérios de seleção das díades e sua nos grupos. Foi verificada a normalidade dos dados por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov, com correlação de significância de Liliefors, e de Shapiro-Wilk, cujos resultados nortearam as escolhas posteriores dos métodos de análise. Nas comparações utilizou-se o teste

Teste Kruskal Wallis, com *post hoc* de Dunn, para verificar a direção das diferenças. Adotou-se nas análises o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados

Os dados relativos às comparações entre os grupos estão apresentados na Tabela 1. Na comparação, identificou-se diferenças significativas quanto ao Escore Total de Problemas, bem como em relação a Problemas Externalizantes, incluindo Problemas de Conduta e Hiperatividade, e a Problemas Internalizantes quanto a Problemas de relacionamentos com colegas. Em relação à Escala de recursos, que permite a avaliação de comportamentos pró-sociais do SDQ, também foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Verificou-se a ausência de diferenças significativas entre os grupos quanto à escala Sintomas Emocionais relativa a Problemas Internalizantes.

Na comparação grupo a grupo, identificou-se que as crianças do grupo GD-TPB apresentaram a maior média de Escore no Total de Problemas se comparadas às crianças de GD e GC, sendo que entre esses dois grupos não houve diferença com significância estatística. Tal diferença também foi notada em relação aos Problemas Externalizantes, tanto para a escala de Problemas de Conduta quanto para a de Hiperatividades, evidenciando que as crianças de GD-TPB apresentaram escores médios maiores que as crianças dos demais grupos em ambas as escalas. Quanto aos Problemas de Relacionamento, as crianças de GD-TPB apresentaram escores maiores de dificuldades em relação às crianças do GC, não havendo diferenças entre esse grupo e o GD quanto a tal indicador de saúde mental infantil.

Quanto à escala de recursos do SDQ, relativa ao Comportamento Pró-Social, verificou-se que o GD-TPB apresentou média significativamente menor que o GD e o grupo de comparação, os quais não diferiram entre si.

Tabela 1 – Comparações entre os grupos (GD, GD-TPB e GC) quanto aos indicadores comportamentais das crianças (SDQ) (n=90)

Grupos	GD	GD-TPB	GC	Valor do teste	p-valor
SDQ	M(DP) Mediana	M(DP) Mediana	M(DP) Mediana		
<i>Escore Total</i>	13,97(1,49) 13,00	19,60(1,26) 19,00	10,67(0,89) 11,50	21,14	0,000** ^{b>a,c}
Problemas Externalizantes					
<i>Problemas Conduta</i>	2,63(0,42) 2,50	4,20(0,46) 4,00	1,80(0,35) 1,50	15,51	0,000** ^{b>a,c}
<i>Hiperatividade</i>	4,07(0,50) 4,50	6,13(0,53) 6,00	2,67(0,47) 2,00	18,02	0,000** ^{b>a,c}
Problemas Internalizantes					
<i>Sintomas Emocionais</i>	4,43(0,50) 4,00	5,83(0,48) 6,50	4,47(0,48) 4,00	5,04	0,080
<i>Problemas Rel. Colegas</i>	2,63(0,46) 2,00	3,57(0,37) 4,00	1,80(0,27) 2,00	10,51	0,005** ^{b>c}
Recursos					
<i>Comportamento Pró-Social</i>	9,03(0,20) 9,00	7,90(0,41) 8,50	9,67(0,13) 10,00	16,88	0,000** ^{b<a,c}

Nota: M = Média; DP = Desvio Padrão; p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis, com *post hoc* de Dunn/ * $p \leq 0,005$; ** $p \leq 0,001$; / a =GD Grupo Depressão; b =GD-TPB Grupo Depressão em comorbidade com TPB; c =GC Grupo Comparação; SDQ = Questionário de Capacidades e Dificuldades; Rel. = relacionamentos.

Discussão

O presente estudo buscou comparar os indicadores de saúde mental de crianças em idade escolar, considerando grupos diferenciados pela gravidade da depressão materna com e sem comorbidade com TPB. Verificou-se nas comparações entre os grupos que as crianças que convivem com a depressão materna com comorbidade com TPB apresentaram mais indicadores de problemas total e específicos, tanto em relação aos comportamentos externalizantes como internalizantes, além de menos comportamentos pró-sociais, o que evidencia a presença de mais dificuldades e de menos recursos de proteção para o enfrentamento das tarefas de desenvolvimento e demandas cotidianas, incluindo a condição de adversidade da depressão materna com comorbidade com o TPB.

Os dados evidenciaram que a depressão materna com TPB influencia a saúde mental infantil de forma diferenciada em relação à convivência com a depressão materna grave e atual, mas sem comorbidade com TPB, e as díades que não conviviam com indicadores de depressão por parte das mães. Tal dado reitera os achados relatados por Steele et al. (2019) e Petfield et al. (2015) que constataram que essa condição clínica das mães, de maior gravidade, se associa a mais dificuldades gerais dos filhos. Por outro lado, ao estudar dois grupos clínicos em que a depressão materna se caracterizou pela combinação das condições de cronicidade, pela presença de histórico de transtorno depressivo em seguimento de longa duração em serviço de saúde mental e pela presença de sintomas atuais, avaliados pelo PHQ-9, o presente estudo avança quanto ao proposto por O'Connor et al. (2017), mostrando especificidades quanto à gravidade, quando da comorbidade com TPB. Pontos em comum foram também identificados quanto a comparação de problemas de comportamento pelo SDQ em crianças que convivem com a depressão materna, tal como descrito por Reyes et al. (2019), que identificaram a prevalência de problemas quanto ao escore Total e à escala específica de Hiperatividade do SDQ de crianças que conviviam com a depressão materna, associando ainda maiores escores em diferentes domínios do SDQ a problemas comportamentais e emocionais das crianças que tinham mães com depressão. Nesse sentido, a presença da gravidade do quadro clínico de saúde mental materna pode ser destacada como condição relevante a ser considerada em ações de prevenção, avaliação e tratamento da saúde mental infantil

As associações dos problemas de saúde mental infantil a convivência com a depressão materna com comorbidade reitera o apontado amplamente na literatura (Sutherland et al., 2021; Pizeta et al., 2013; Goodman et al., 2011;). Contudo, destaca-se que diferentemente de outros estudos que consideraram outras condições de adversidade cumulativas à depressão materna, como destacado na revisão sistemática de Pizeta et al. (2013), o presente estudo não incluiu dados relativos a outras condições estressoras para as famílias e para seus membros, bem como não contou com variáveis de proteção para além dos indicadores de comportamento pró-social das crianças. Nesse sentido, destaca-se que as crianças do GD e GC apresentaram maiores escores de recursos de socialização, condição que pode ser associada à minimização, conjuntamente com outras variáveis de proteção, do impacto de adversidades para o desenvolvimento infantil. Tal aspecto remete ao sentido de as crianças contarem com menor repertório de habilidades sociais, o que reitera os dados do estudo de Bolsoni-Silva et al. (2016), conduzido com amostra da comunidade e mães com sintomas atuais de depressão, sem especificação do histórico do transtorno. A socialização das crianças é um importante recurso adaptativo na idade escolar, sendo que o desenvolvimento das habilidades sociais pode ser prejudicado em função dos cuidados dispensados pelas mães com depressão com relação aos seus filhos, como foi relatado por Bolsoni-Silva e Loureiro (2020), bem como pelas dificuldades de saúde mental das crianças. Pondera-se, então, possível associação entre dificuldades combinadas, menos repertório adaptativo e mais problemas de relacionamento das crianças do GD-TPB.

Além disso, de forma especulativa, pode-se destacar que, embora o presente estudo não tenha abordado indicadores de proteção, todas as mães incluídas no estudo estavam em seguimento em um Centro de Atenção Psicossocial III, recebendo atendimento psicofarmacológico e psicossocial. Possivelmente, tal condição, na ausência da comorbidade, poderia estar minimizando a influência da adversidade foco (depressão), o que poderia indicar ainda que tal oferta de tratamento seria condição insuficiente para

promover recursos mais efetivos para o desenvolvimento saudável de crianças quando da exposição à maior gravidade da depressão em comorbidade com TPB.

Destaca-se, assim, que as crianças do grupo GD-TPB apresentaram indicadores sugestivos de dificuldades de saúde mental que se manifestam por mais problemas e menos recursos, caracterizando adversidades cumulativas para o processo de socialização. Tal cenário de problemas cumulativos pode também ter impacto para a própria família e para os cuidadores dessas crianças, sendo, portanto, uma condição que sugere a necessidade de cuidados sistemáticos em saúde mental para promoção e tratamento de dificuldades dos escolares e que podem decorrer ou afetar as condições de saúde mental materna, em um interjogo de variáveis de risco e proteção.

Conclusão

Este estudo verificou indicadores de saúde mental em crianças em idade escolar que convivem com a depressão materna com comorbidade com TPB, as quais apresentaram mais indicadores de problemas de saúde mental em relação com as crianças que convivem com a depressão materna grave sem comorbidade e com as crianças que convivem com mães sem tais indicadores de saúde mental. Poucos estudos abordaram essa condição de comorbidade, o que se constitui em uma efetiva contribuição do estudo na compreensão da associação entre variáveis de saúde mental materna-infantil.

O peso distinto da gravidade da depressão, no caso, quando da presença da comorbidade com TPB coloca em foco a relevância da cronicidade, gravidade e comorbidade da depressão com outros transtornos, evidenciando que múltiplas influências concorrem para a saúde mental infantil.

O estudo apresentou alguns limites, tais como: delineamento transversal; número de participantes do estudo relativamente pequeno, embora decorra de cálculo amostral; e ter tido as mães como exclusivas informantes sobre a saúde mental infantil. Por outro lado, foram tomados alguns cuidados metodológicos, tais como a avaliação sistemática da comorbidade por meio de entrevista diagnóstica, a avaliação feita por avaliadores treinados e com experiência clínica, a homogeneidade dos grupos clínicos quanto à presença de indicadores de depressão atual e à exclusão de crianças com alguma limitação intelectual.

Considera-se que os dados do presente estudo têm implicações para a prática clínica e podem direcionar novos estudos, tendo como sua principal contribuição a identificação de mais problemas de saúde mental infantil, com sintomas externalizantes e internalizantes, quando da convivência com a depressão com comorbidade com TPB. Evidencia-se, assim, que o grupo de crianças que convivem com mães com depressão com comorbidade pode ser prioritário para programas de intervenção em saúde mental, considerando a diversidade de problemas de saúde mental que apresentaram e a presença de menos indicadores de recursos pró-sociais.

Referências bibliográficas

Aguiar, B. D. M., Rafihi-Ferreira, R. E., Alckmin-Carvalho, F., Emerich, D. R., & Moura, C. B. D. (2018). Similaridades e diferenças de crianças/cuidadores atendidos em serviço-escola de psicologia e psiquiatria. *Psico-USF*, 23(1), 109-125. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230110>.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5* (5a ed.). Artmed.

Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2020) Behavioral problems and their relationship to maternal depression, marital relationships, social skills and parenting. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 33(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00160-x>.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, 47(2), 111-120. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.20806>.

Brito, V. C. A., Belo-Corassa, R., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V., Dahl, C. M., & Viana, M. C. (2022). Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(1), e2021384. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>.

Fatori, D., Brentani, A., Grisi, S. J. F. E., Miguel, E. C., & Graeff-Martins, A. S. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 3013-3020.

Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275954>.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>.

Goodman, M., New, A. S., Triebwasser, J., Collins, K. A., & Siever, L. (2010). Phenotype, Endophenotype, and Genotype Comparisons Between Borderline Personality Disorder and Major Depressive Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 38-59. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.38>.

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-0100080-1>.

Kluczniok, D., Boedeker, K., Attar, C. H., Jaite, C., Bierbaum, A. L., Fuehrer, D., Paetz, L., Dittrich, K., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S., Heinz, A., Roepke, S., Heim, C., & Birmahler, B. (2018). Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-age children. *Journal of Affective Disorders*, 231, 63-73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.001>.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.

Machado, C. M., Luiz, A. M. A. G., Marques Filho, A. B., Miyazaki, M. C. D. O. S., Domingos, N. A. M., & Cabrera, E. M. S. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p53-62>.

O'Connor, E. E., Langer, D. A., & Tompson, M. C. (2017). Maternal Depression and Youth Internalizing and Externalizing Symptomatology: Severity and Chronicity of Past Maternal Depression and Current Maternal Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 557-568. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0185-1>.

Osório, F. L., Mendes, A. V., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary healthcare. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>.

Paula, C. S., Coutinho, E. S., Mari, J. J., Rohde, L. A., Miguel, E. C., & Bordin, I. A. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 178-179. DOI <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1606>.

Paula, J. J., Schlottfeldt, C. G. M. F., Diniz, L. F. M., & Mizuta, G. A. A. (2018). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – CPM: Manual Técnico*. Pearson Clinical Brasil.

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>.

Pizeta, F. A., Silva, T. B. F., Cartafina, M. I. B., & Loureiro, S. R. (2013). Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 429-437, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300003>.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://10.1111/jcpp.12381>.

Reyes, A. N., Bach, S. L., Amaral, P. L., Jansen, K., Molina, M. R. A. L., Spessato, B. C., & Silva, R. A. (2019). Emotional and behavioral problems in children of depressed mothers: a school-based study in Southern Brazil. *Psychology, Health & Medicine*, 24(1), 14-20. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1499942>.

Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: an overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*, 14(10). e0223038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223038>.

Sutherland, S., Nestor, B. A., Pine, A. E., & Garber, J. (2021). Characteristics of maternal depression and children's functioning: a meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 36(5), 671-680. <https://doi.org/10.1037/fam0000940>.

Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgarrondo, P., Lui, M., & Tannock, R. (2004). The strengths and difficulties questionnaire over seas: Evaluations e applications of the SDQ beyond Europe. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 2), ii47-ii54. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-2008-0>

World Health Organization. (2019). *ICD-11 implementation or transition guide*. <http://surl.li/gkndh>.

World Health Organization. (2020). *Depression*. <http://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.

World Health Organization. (2023). *Depressive Disorder (Depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>