

As implicações da depressão pós-natal em crianças

Estudo de follow-up

Cassandra de Oliveira

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

Gandra, 10 de janeiro de 2020

Cassandra de Oliveira

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

As implicações da depressão pós-natal em crianças
Estudo de follow-up

**Trabalho realizado sob a Orientação de Professora Doutora Maria Emília
Areia e Co-orientadora Professora Doutora Zita Gonçalves**

Declaração de Integridade

Eu, acima identificado, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Resumo

A depressão pós-natal (DPN) é uma perturbação com elevada prevalência em termos mundiais, que afeta não só a mãe, mas também o pai após o nascimento de um filho. Pelo que, a saúde infantil pode ser afetada por um exercício de parentalidade prejudicado na sequência de DPN. Com base neste pressuposto, o presente estudo consiste na Fase 2 do Momento de Avaliação 6 de uma linha de investigação longitudinal dedicada à DPN com início em 2006, que integrou inicialmente cerca de 198 famílias. O estudo que agora se apresenta contempla 53 mães e respetivos filhos, assim como 35 companheiros. Os instrumentos utilizados foram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), o Inventário de autoavaliação do comportamento para adultos (IAACA), a *Child Behaviour Checklist* (CBCL), o *Youth Self Report* (YSR), o Questionário Suporte Social (QSS) e a *Checklist* de Acontecimentos de Vida. Os dados foram analisados em função da organização dos/as participantes em dois grupos: jovens cujas mães tiveram DPN e jovens cujas mães não tiveram DPN. Ao nível do funcionamento psicológico e do comportamento dos jovens não existiram diferenças significativas entre os dois grupos, para além de que, os resultados da avaliação não têm significado clínico. Destaque-se as raparigas cujas mães tiveram DPN apresentaram valores inferiores ao nível do comportamento delinvente, comparativamente com as raparigas cujas mães não tiveram DPN, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Relativamente às perceções dos pais acerca dos seus filhos, ressalta que na subescala problemas sociais, os jovens cujas pais não tiveram depressão pós-natal apresentam valores mais elevados, comparativamente com os rapazes cujos pais tiveram DPN, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito às correlações ao nível do CBCL das mães e do YSR dos filhos, verificámos 13 correlações positivas e estatisticamente significativas.

Palavras-chave: Estudo longitudinal, Implicações da depressão pós-natal, Perturbações psicológicas.

Abstract

Postnatal depression (PND) is a worldwide prevalent disorder that affects not only the mother but also the father after the birth of a child. Therefore, child health may be affected by impaired parenting following PND. Based on this assumption, the present study consists of phase 1 of the 6th evaluation of a longitudinal research line dedicated to PND beginning in 2006, initially integrating around 198 families. The present study looks at 53 mothers and their children, as well as 35 companions. The instruments used were the Hospital Anxiety Scale and Depression (HADS), the Adult Behavior Self-Assessment Inventory (IAACA), the Child Behavior Checklist (CBCL), the Youth Self Report (YSR), the Social Support Questionnaire (QSS) and the Life Events Checklist. The data were analyzed according to the participants' organization in two groups: youngsters whose mothers had DPN and youngsters whose mothers had no DPN. In terms of psychological functioning and behavior of young people, there were no significant differences between the two groups, and the results of the evaluation have no clinical significance. Noteworthy girls whose mothers had DPN had lower values than delinquent behavior compared to girls whose mothers had no DPN, and these differences were statistically significant. Regarding the parents' perceptions about their children, it is emphasized that in the social problems subscale, the youngsters whose parents did not have postnatal depression present higher values, compared to the boys whose parents had PND, and these differences were statistically significant. Regarding the correlations at the CBCL level of the mothers and the YSR of the children, we found 13 positive and statistically significant correlations.

Keywords: Longitudinal study, Implications of postnatal depression, Psychological disorders.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Emília Areias, pela atenção, orientação e partilha de conhecimentos, que permitiram enriquecer o meu conhecimento. Obrigada por toda a disponibilidade e apoio ao longo desta etapa.

À Professora Maria dos Prazeres Gonçalves pela orientação, disponibilidade, incentivo, conselhos e apoio ao longo desta etapa.

Aos meus pais e à minha irmã, o meu sincero obrigada por terem estado sempre presentes com o vosso amor, carinho, apoio e confiança. Pela oportunidade que me deram, pois é graças ao vosso sacrifício que consegui realizar este sonho. Por acreditarem em mim e pelos ensinamentos que me transmitiram ao longo dos anos e me tornaram na pessoa que sou hoje. Obrigada por me ensinarem a lutar por aquilo que acredito e amo.

Às minhas amigas Cláudia e Liliana, o meu sincero obrigada pela atenção, carinho, força e apoio, pela ajuda e partilha de experiências que me proporcionaram momentos de aprendizagem. Por se mostrarem sempre disponíveis nos momentos mais difíceis.

A todas as pessoas que participaram nesta investigação.

Obrigada!

Lista de Abreviaturas

CBCL – Child Behaviour Checklist

DPN – Depressão Pós-Natal

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revised

SADS-L - Entrevista psiquiátrica estandardizada

EPDS - Escala de Edinburgh para a Depressão pós-natal

IAACA – Inventário de Autoavaliação de Comportamento para Adultos

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

QSS – Questionário de Suporte Social

YSR- Youth Self Report

EPI - Eysenk Personality Inventory

SSNI – Social Support Network Inventory

Paykel - Interview for Recent Life Events

LOT-R - Escala de Orientação para a Vida Revista

Índice

Introdução.....	1
Métodos.....	9
Objetivos.....	9
Participantes.....	9
Caraterização dos participantes.....	10
Instrumentos de avaliação.....	11
Procedimento.....	15
Métodos de análise estatística.....	17
Resultados.....	18
Autoavaliação dos jovens (rapazes e raparigas) de acordo com o YSR.....	18
Autoavaliação dos rapazes ao nível do YSR.....	19
Autoavaliação das raparigas ao nível do YSR.....	20
Análise da perceção das mães sobre os seus filhos de acordo com a CBCL.....	22
Análise da perceção dos pais sobre os seus filhos de acordo com a CBCL.....	23
Diferenças de perceção sobre os problemas de comportamento através dos diferentes informadores: mães, pais e jovens.....	25
Discussão.....	30
Bibliografia.....	35

Índice de Quadros

Quadro 1 - Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 12 anos (YSR)

Quadro 2 - Média das pontuações obtidas pelos rapazes no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento.

Quadro 3 - Média das pontuações obtidas pelas raparigas no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento.

Quadro 4 - Estatísticas descritivas da perceção das mães sobre os seus filhos de acordo com a CBCL e teste de Mann-Whitney

Quadro 5 - Estatísticas descritivas da perceção dos pais sobre os seus filhos de acordo com a CBCL e teste de Mann-Whitney

Quadro 6 - Correlação de Spearman entre os resultados nas escalas do CBCL preenchidos pelas mães e pelos pais

Quadro 7 - Correlação de Spearman entre as escalas do CBCL das mães e pais e do YSR dos jovens

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Anexo II – Questionário de Identificação

Anexo III – Youth Self-Report

Anexo IV – Child Behaviour Checklist 6-18

Introdução

A depressão pós-natal (DPN) é uma perturbação com elevada prevalência em termos mundiais, que afeta não só a mãe, mas também o pai após o nascimento de um filho. Genericamente, pode ser considerada como um episódio depressivo major com início após o parto (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Revised*).

O DSM-V alterou a denominação para depressão de peri-parto, considerando que esta identidade nosológica abarca todas as perturbações do humor que têm o seu início entre o último mês de gravidez e os cinco meses após o parto, e envolvem sintomas de humor deprimido ou de perda de interesse ou prazer nas atividades durante pelo menos duas semanas; distúrbios do sono e do apetite, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, diminuição da concentração e pensamentos de suicídio. Apesar da definição destes critérios, nem sempre o diagnóstico é simples, não só porque o quadro pode variar na quantidade e qualidade dos sintomas, mas, também porque algumas das condições físicas que são características deste período, como o cansaço e o desgaste, podem tornar-se difíceis de distinguir das decorrentes da própria depressão (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

Pitt (1968) verificou que 10% das mães revelaram DPN. Kumar e Robson (1984) verificaram um aumento da incidência de depressão no primeiro trimestre da gravidez assim como nas 12 semanas após o parto. Cox, Murray e Chapman (1993) verificaram que existe um risco três vezes maior das mães apresentarem depressão no primeiro mês após o parto. Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) verificaram uma incidência maior de apresentarem depressão nos primeiros três meses após o parto.

Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996a) estudaram de forma prospetiva mulheres e homens desde a gravidez até um ano após o parto, verificando que a DPN não é exclusiva das mulheres e afeta também os homens, embora neles seja menos frequente no período imediatamente a seguir ao parto, e tendo uma maior expressão nos meses subsequentes, em que há uma maior prevalência nos companheiros de mulheres já deprimidas. Segundo Goodman (2004) estima-se que a incidência ao longo do primeiro ano pós-natal é significativa e que o risco aumenta para os companheiros de mulheres deprimidas, em cerca de 24 a 50%. Gonçalves (2010) verificou 12.40% (N=19) dos sujeitos apresentarem depressão às 37 semanas de gravidez da companheira, tendo

aumentado para 16.60% (N= 25) às duas semanas após o nascimento do bebê e 21.28% (N=30) um ano após o nascimento. Areias e colaboradores (1996a) verificaram a existência de um desfasamento entre depressão nos homens durante a gravidez e no período pós-natal, sendo este quadro mais prevalente nos 4 a 12 meses após o nascimento das crianças.

Por sua vez, estes sintomas presentes na mãe ou no pai, são prováveis interferências na sua capacidade de responder ao bebê. A qualidade e a sensibilidade da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança podem ter efeitos persistentes no seu desenvolvimento (Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor & ALSPAC, 2005). Do período pré-natal, para a infância e para a adolescência, o desenvolvimento é moldado por uma constante interação entre os aspetos biológicos (predisposições genéticas) e os ecológicos (ambiente social e físico) (Brofenbrenner, 1979; Sameroff & Chandler, 1975; Shonkoff & Philips, 2000).

Os avanços na neurociência do desenvolvimento começaram a descrever mais detalhadamente, em alguns casos, a nível molecular e celular, o funcionamento de uma rede integrada e funcional com bilhões de neurónios e conexões. Tendo em conta que esta rede serve como plataforma biológica para as aptidões sociais, emocionais e cognitivas que emergem na criança, a neurociência do desenvolvimento também começa a esclarecer os mecanismos causais subjacentes que explicam o processo normativo do desenvolvimento infantil. Paralelamente, há estudos longitudinais que verificam consequências a longo prazo resultantes da adversidade infantil, e indicam que alterações na ecologia da criança podem ter efeitos mensuráveis no seu percurso com consequências ao longo da vida a nível do desenvolvimento, da educação, da produtividade, do estado de saúde e da longevidade (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998; Flaherty Thompson, Litrownik, Theodore English, Black, Wike, Whimper, Runyan & Dubowitz 2006; Koenen, Moffitt, Poulton, Martin & Caspi, 2007; Flaherty, Thompson, Litrownik, Zolotor, Dubowitz, Runyan, English & Everson, 2009).

Os primeiros seis meses após o parto são um momento crítico para o desenvolvimento físico e psicológico da criança. A DPN está associada com dificuldades na relação mãe-bebê ou pai-bebê e estas poderão estar associadas a efeitos adversos na criança. A literatura científica enfatizou a importância do momento da depressão materna, ou seja, o período pós-natal representa um período sensível no desenvolvimento infantil

no qual o bebê pode estar mais suscetível aos efeitos da depressão (Michel & Tyler, 2005). Sendo assim, a saúde infantil pode ser afetada por um exercício de parentalidade prejudicado na sequência de DPN. As mães com DPN são menos capazes de interpretar e responder adequadamente aos sinais do bebê, e a interação em relação aos seus filhos revela-se mais negativa e intrusiva (Boyd, Zayas & Mckee, 2006). Para além disto, as mães deprimidas são menos propensas do que as mães não deprimidas a apresentar comportamentos adequados de saúde, tais como visitas a médicos, práticas de segurança doméstica, práticas adequadas na alimentação e no sono do bebê (Chung, McCollum, Elo, Lee & Culhane, 2004; Minkovitzetal, Strobino, Scharfstein, Hou, Miller, Mistry & Swartz 2005; Zajicek-Farber, 2009).

As mães com DPN comparativamente com mães sem este quadro clínico demonstraram menos capacidade de resposta e de estímulo dos bebês, mais irritabilidade e hostilidade, menos expressão afetiva, níveis mais baixos de atividade e mais agitação. Alguns autores também referem que essas mães tocam nos seus filhos com menos frequência, e apresentam-se mais negativas, com menos comunicação dirigida ao bebê e predominância de afeto negativo (Field, 2010; Hentel, Beebe & Jaffe, 2000; Herrera, Reissland & Sheperd, 2004; Kaplan, Slite &, Burgess, 2007). Relativamente aos pais com DPN, eles revelam uma interação negativa com os seus filhos em termos de capacidade de resposta, humor e sensibilidade (Sethna, Murray, Netsi, Psuchogiou & Ramchandani, 2015; Koch, Pascalis, Vivian, Meurer Renner, Murray & Arteché, 2019).

Patel, DeSouza e Rodrigues (2003) verificaram que crianças cujas mães apresentavam DPN, aos seis meses de idade, revelaram atrasos no desenvolvimento físico, em termos de peso e altura, comparativamente com crianças cujas mães não apresentavam DPN. Verifica-se assim a possível ocorrência de efeitos recíprocos entre a depressão materna e aspetos da saúde infantil, e que conseqüentemente poderão exacerbar as conseqüências a longo prazo para mães e bebês.

Existem várias investigações longitudinais que revelam a associação da DPN materna com um risco elevado de problemas no desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes (Murray, Halligan & Cooper, 2010). Esses riscos são particularmente marcantes quando a depressão da mãe é crónica e grave, e quando se verificam a presença de outros fatores de risco sociais e económicos. As dificuldades da criança envolvidas incluem pior funcionamento cognitivo (por exemplo, Sutter-Dallay, Murray, Dequae-

merchadou, Glatigny-Dallay, Bourgeois & Verdoux, 2011; Milgrom, Westley & Gemmill, 2004; Hay, Pawlby, Sharp, Asten, Mills & Kumar, 2001; Murray, Arteche, Fearon, Halligan, Croudace & Cooper, 2010), e problemas de comportamento como desordem de conduta e agressão (Sinclair & Murray, 1998; Morrell & Murray, 2003; Hay, Pawlby, Angold, Harold & Sharp, 2003).

Os resultados deste estudo demonstram um impacto significativo no desenvolvimento infantil DPN materna nos primeiros meses pós-natais. O desenvolvimento de funções cognitivas demonstrou-se afetado assim como a natureza do apego do bebê à mãe (Murray, 1992). A DPN afeta negativamente o desempenho infantil em medidas de desenvolvimento cognitivo, tarefas de aprendizagem e permanência de objetos (Righetti-Veltema, Bousquet & Manzano, 2003).

Numa revisão sistemática sobre o assunto, Kingston e Tough (2014), verificaram atrasos no desenvolvimento cognitivo e socio-emocional nos primeiros 12 meses de vida das crianças devido à DPN materna. Cornish, McMahon, Ungerer, Barnett, Kowalenko e Tennant (2005) verificaram que a DPN materna estava associada a um menor desempenho cognitivo e motor em crianças com 15 meses de idade. Couto, Brancaglione, Alvim-Soares, Moreira, Garcia, Nicolato, Aguiar, Leite e Correa (2015), verificaram que o desempenho das crianças, com 18 meses cujas mães apresentavam DPN, era pior em tarefas cognitivas, apresentando os rapazes piores resultados comparativamente com as raparigas.

Segundo Kaisa e Jarik (2005) as interações mãe-criança expostas à DPN têm efeitos nocivos na autoestima e no bem-estar emocional das crianças, enquanto que as interações entre pai-criança revelam um maior impacto nas competências sociais.

Apesar da DPN não ser tão estudada na figura paterna, quando se encontra presente nos pais tem impacto na criança a nível emocional, comportamental e interacional (Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor & ALSPAC, 2005), podendo os seus efeitos ocorrer a longo prazo (Luoma, Puura, Mäntymaa, Latva, Salmelin & Tamminen, 2013). Segundo Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor e ALSPAC (2005), a DPN na figura parental aumenta o risco de problemas comportamentais nas crianças com 3 a 5 anos de idade, mesmo depois de a DPN materna ter sido controlada. Estes autores concluíram ainda que a DPN da figura paterna se associa com problemas comportamentais sobretudo nos rapazes, comparativamente com as raparigas.

No entanto, de uma forma geral, vários estudos indicam que o impacto da DPN masculina nos filhos é menor quando comparado com o impacto da DPN feminina (cf. Gonçalves, 2010), apesar de que, expectavelmente, o impacto é superior, por efeito acumulativo, quando ambos os progenitores apresentam DPN (Brennan, Hammen, Katz & LeBrocque, 2002).

Apter-Levy, Feldman, Vakart, Ebstein e Feldman, (2013) referem que 61% das crianças de mães com DPN apresentam patologia, como perturbação de oposição e défice de atenção e hiperatividade, comparativamente com crianças de mães sem DPN. Sinclair e Murray (1998) já tinham constatado que crianças do sexo masculino de níveis socioeconómicos mais baixos, apresentam problemas de comportamento, particularmente hiperatividade e défice de atenção, se expostas a DPN. Nesta linha, estudos como os de Elgar, Curtis, McGrath, Waschbuch e Stewart, (2004) e Avan, Richter, Ramchandani, Norris e Stein, (2010) sugerem que as crianças cujos pais têm DPN são mais propensas a problemas de comportamento, independentemente do nível socioeconómico da família.

Segundo Stein, Gath, Bucher, Bond, Day e Cooper (1991) os filhos cujas mães tiveram DPN apresentaram menor concentração, menos interação social, não partilhavam afeto, mais respostas negativas assim como menor sociabilidade, quando comparados com os filhos cujas mães não tiveram DPN. Segundo Alvarenga, Paixão, Soares e Silva (2018) o impacto da DPN sobre uma dimensão afetiva da interação mãe-bebé, o sorriso da mãe, e os efeitos da estimulação tátil e com objetos afetam o desenvolvimento motor do bebé nos primeiros três meses de vida.

Barker, Jaffee, Uher e Maughan (2011) afirmam que o contacto com DPN aumenta os níveis de externalização e internalização, tendo um impacto mais amplo sobre diferentes tipos de desajustamento infantil. Através de análises de regressão, a DPN foi indicada como um preditor significativo de comportamentos de internalização e de problemas de comportamento no geral. A DPN pode implicar consequências futuras relativamente a problemas de comportamento, visto que 10% de crianças que tiveram mães com DPN apresentam problemas de internalização e de comportamento (Bagner, Pettit, Lewinsohn & Seeley, 2010).

Segundo Ashman, Dawson, Panagiotides, Yamada e Wilkinson (2002) crianças, com idades compreendidas entre os 7 e 8 anos de idade, cujas mães apresentavam DPN demonstraram mais problemas internalizantes e externalizantes comparativamente com

as crianças cujas mães não apresentavam este quadro clínico, isto é, níveis mais elevados de queixas somáticas, ansiedade, depressão, problemas sociais, comportamentos delinquentes e comportamentos agressivos, avaliados pelo Child Behavior Checklist (CBCL). Na investigação longitudinal de Luoma, Tamminen, Kaukonen, Laippala, Puura, Salmelin e Almqvist (2001) a DPN materna demonstrou estar associada a baixas competências sociais e funcionamento social, nos filhos com 8 e 9 anos de idades, assim como um bom preditor de problemas externalizantes.

Verkuijl, Richter, Norris, Stein, Avan e Ramchandani (2014) concluíram que crianças cuja figura materna tinha diagnóstico de DPN apresentavam um comprometimento dos resultados do ponto de vista psicológico global e valores de externalização com significado clínico aos 10 anos de idade.

Em 2013, Korhonen, Luoma, Salmelin e Tamminen, verificaram uma associação entre os sintomas depressivos da mãe e problemas de internalização e competência social dos filhos, associada a maiores dificuldades em utilizar estratégias de *coping* mais adequadas para lidar com determinadas situações.

Agnafors, Sydsjö, Dekeyser e Svedin (2013) numa avaliação realizada com crianças de 12 anos com mães com DPN observaram problemas de externalização e de internalização, tendo ainda concluído que os primeiros estavam maioritariamente associados ao sexo masculino, enquanto que os segundos estavam associados ao sexo feminino e que, uma elevada percentagem destas mães continuava a apresentar sintomatologia depressiva. Nesta linha, Closa-Monasterolo, Gispert-Llaurado, Canals, Luque, Zaragoza-Jordana, Koletzko, Grote, Weber, Gruszfeld, Szott, Verduci, Redionigi, Hoyos, Breasselle e Escribano (2017) concluíram que crianças com 8 anos cujas mães tinham sido identificadas como tendo tido DPN, apresentavam problemas mais significativos de externalização e de internalização, quando comparadas com crianças com mães sem este diagnóstico. Estes autores também referem que se a DPN estiver presente na vida da criança quando esta tem três meses de idade os problemas de internalização podem ter um impacto a longo prazo.

Existem ainda evidências de efeitos da DPN no funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal na criança (Halligan, Herbert, Goodyer & Murray, 2004), que tenderão a aumentar o risco de depressão; e, de fato, há evidências acumuladas do efeito da DPN no aumento do risco de depressão em filhos adolescentes, mais uma vez,

especialmente quando a DPN materna se torna crónica (Hammen & Brennan, 2003; Hay, Pawlby, Waters & Sharp, 2008). Murray, Arteche, Fearon, Halligan, Goodyer e Cooper (2011), num estudo longitudinal verificaram que os filhos cujas mães tiveram DPN, apresentam um maior risco de depressão aos 16 anos de idade, que pode ser parcialmente explicado pela vulnerabilidade infantil estabelecida nos primeiros anos de vida assim como pela exposição às adversidades familiares. Lewis, Neary, Polek, Flouri e Lewis (2017) verificaram uma associação entre os sintomas depressivos da figura paterna com os sintomas depressivos nos seus filhos adolescentes.

Num estudo longitudinal que fez o seguimento de 198 mulheres desde a gravidez até um ano após o parto, de 152 maridos/ companheiros e de 198 crianças, os autores (Gonçalves, 2010; Monteiro, 2009; Teixeira, 2011; Teixeira, Gonçalves, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010; Gonçalves, Teixeira, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010; Monteiro, Areias, Teixeira, Gonçalves & Fonseca, 2010) estudaram a evolução de um conjunto de parâmetros de desenvolvimento físico (comprimento, peso e perímetro cefálico), de morbilidade (número de infeções e de diarreias) e de desenvolvimento psicomotor dos bebés ao longo do primeiro ano de vida, tendo ainda avaliado o desenvolvimento cognitivo das crianças aos doze meses de idade com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths. Em relação ao desenvolvimento físico, verificaram que os bebés cujas mães tinham tido DPN apresentavam valores inferiores de comprimento comparativamente com os restantes, que aqueles cujos pais tinham tido DPN apresentavam um peso menor ao 1º e ao 3º mês, e um perímetro cefálico mais reduzido no 1º, 3º e ao 6º mês, comparativamente com os filhos de pais sem depressão, e aqueles em que ambos os pais tinham estado deprimidos, mediam menos, pesavam menos e tinham um menor perímetro cefálico, mas que poucas vezes estes resultados eram expressivos e com significado estatístico. Os autores verificaram que as diferenças eram mais acentuadas quando comparadas as crianças cujas mães e pais tinham sido afetados por depressão antes do parto e às 6 semanas após o parto, esbatendo-se a diferença nos outros momentos considerados.

Rocha (2014) avaliou aos 6 anos de idade o desenvolvimento cognitivo de 97 destas crianças com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths e o ajustamento psicossocial através dos questionários Child Behavior Checklist e Teacher Report Form, estudando ainda a ocorrência ou persistência de perturbações emocionais

nos dois elementos do casal. A autora verificou que as crianças em que o pai ou os dois elementos do casal tinham tido DPN apresentavam pior desenvolvimento locomotor aos 6 anos de idade, comparativamente com crianças cujos pai ou casal não apresentaram depressão. Também encontrou diferenças estatisticamente significativas em algumas das componentes de ajustamento psicossocial reportadas pelos pais, como reatividade emocional, problemas somáticos e comportamentos agressivos, e pelos professores, como problemas somáticos.

Assim, desta nossa viagem pela literatura científica, pudemos concluir que existem efeitos da DPN dos pais nas crianças a curto e a longo prazo, podendo esta patologia ocasionar uma maior propensão para a depressão e outras psicopatologias nos elementos da família posteriormente, resultando numa tendência a perpetuar o desajustamento emocional nas famílias. Estes dados de grande alcance comunitário, justificam a importância de aprofundar as análises de forma a permitir a prevenção destes efeitos.

1. Métodos

1.1. Objetivos

Tendo em conta a revisão da literatura realizada no domínio do impacto da DPN no desenvolvimento cognitivo, social e afetivo das crianças e jovens a curto e a médio prazo, propusemo-nos avaliar um grupo de jovens já participantes nesta linha de investigação, e respetivos pais com os objetivos de: (1) aferir se estes jovens (agora com aproximadamente 12 anos de idade) apresentam algum tipo de comprometimento ao nível do seu funcionamento psicológico; (2) verificar a perceção dos respetivos pais relativamente ao funcionamento psicológico dos filhos e (3) - Relacionar a DPN na mulher, no homem e no casal com as variáveis dos jovens (desenvolvimento mental e ajustamento psicossocial);

1.2. Participantes

Esta linha de investigação incluiu inicialmente 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial de depressão), 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o parto, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Seis anos após o nascimento, realizou-se uma 5ª avaliação de *follow-up*, em que foram incluídas 97 mulheres, 60 companheiros e 95 crianças.

Doze anos após o nascimento, iniciou-se a presente fase do estudo, um segundo *follow-up*, que incluiu 53 mulheres, das quais 24 apresentavam depressão aos 12 meses após o nascimento do bebé (destas 53 mulheres, 17 apresentaram depressão às 37 semanas de gravidez, 6 às 6 semanas pós-natal, 24 aos 12 meses pós-natal e 8 aos 6 anos pós-natal) e 29 não se encontravam afetadas por esta patologia aos 12 meses após o nascimento do bebé. Para além das mulheres, o estudo também recolheu dados de 35 companheiros e de 53 crianças (31 do género masculino e 22 do género feminino).

É importante salientar que tentamos contactar todas as participantes de fases anteriores solicitando a sua participação para este 2º momento de *follow-up*, contudo,

apenas foi possível obter a anuência de um número significativamente inferior (N= 53), sendo a impossibilidade para as restantes devida aos seguintes fatores: mudança de contacto telefónico e morada (N= 77), recusa em participar (N= 43) e um caso em que, apesar de a recolha ter sido realizada, não foi considerada válida; o pedido renovado para participar ao longo de doze anos, e o longo período temporal envolvido foram algumas das razões invocadas pelas participantes para a recusa.

Os jovens foram divididos em dois grupos, um grupo cujas mães tiveram DPN (um ano após o nascimento do filho) e um outro cujas mães não apresentaram este quadro clínico. Assim sendo e, de modo a facilitar uma melhor leitura e compreensão, os grupos serão descritos separadamente.

1.2.1. Caracterização dos Participantes

O **grupo dos jovens cujas mães tiveram DPN** é constituído por 24 jovens com idades compreendidas entre os 11 e 13 anos ($M=11.63$; $DP=0.576$), sendo que 13 são rapazes e 11 são raparigas. No que diz respeito à escolaridade, verificámos que 12 (50.0%) se encontram no 7º ano, 8 (33.3%) no 6º ano, 3 (12.5%) no 5º ano e 1 (4.2%) no 8º ano. Quando aferimos sobre as competências, atividades e interesses dos jovens, verificámos que no que concerne ao desporto praticado pelos mesmos estes distribuem-se por 14 modalidades diferentes, sendo que o futebol é a modalidade com maior representatividade (N=8), seguindo-se da natação, karaté e andebol (N=2). As restantes modalidades encontram-se igualmente representadas (N=1). Dois jovens referiram não praticar nenhum desporto, sendo que 7 referiram praticar um desporto, 8 dois desportos e 7 três desportos.

No que diz respeito às atividades, jogos ou passatempos preferidos dos jovens, verificamos que a maioria (N=5) refere como passatempo preferido jogar playstation, sendo que 4 jovens referem cantar, 4 jogar computador, sendo que os restantes gostam de brincar, escrever, ler, passear, jogar no telemóvel, tocar clarinete e tocar guitarra, respetivamente (N=1 em cada passatempo).

Quando questionadas sobre a sua competência para praticar desporto, 10 jovens referiram uma capacidade acima da média, 12 referem uma competência média, sendo que 2 jovens não conseguem definir a sua competência na prática desportiva.

O **grupo dos jovens cujas mães não tiveram DPN** é constituído por 29 jovens com idades compreendidas entre os 11 e 12 anos ($M=11.62$; $DP=0.494$), sendo que 18 são rapazes e 11 são raparigas. No que diz respeito à escolaridade, verificamos que 13 se encontram no 6º ano, 12 no 7º ano e 4 no 5º ano. Quando aferimos sobre as competências, atividades e interesses dos jovens, verificamos que no que concerne ao desporto praticado pelos mesmos estes distribuem-se por 13 modalidades diferentes, sendo que o futebol é a modalidade com maior representatividade ($N=8$), seguindo-se da dança ($N=5$), basquetebol ($N=3$) e karaté ($N=2$). As restantes modalidades encontram-se igualmente representadas com um jovem em cada (andebol, atletismo, futsal, ginástica acrobática, ginástica rítmica, patinagem, ténis e ténis de mesa). Um jovem referiu não praticar nenhum desporto, sendo que 8 referiram praticar um desporto, 7 dois desportos e 13 três desportos.

No que diz respeito às atividades, jogos ou passatempos preferidos, verificamos que a maioria ($N=5$) refere como passatempo preferido jogar playstation, 3 jovens referem desenhar, sendo que 2 referem cantar, 2 jogar computador e 2 ler. Os passatempos agricultura, apanhada, brincar com os amigos, dançar, jogar telemóvel, jogos de tabuleiro, teatro e tocar violino, são referidos por 1 jovem respetivamente.

Quando questionados sobre a sua competência para praticar desporto, 12 jovens referiram uma capacidade acima da média, 15 referem uma competência média, 1 considera ter ruma capacidade abaixo da média, sendo que 1 jovem não conseguiu definir a sua competência na prática desportiva.

1.3. Instrumentos de Avaliação

A bateria de avaliação é composta por um Questionário de Identificação, pela Checklist de Acontecimentos de Vida (CAV), pelo Questionário de Suporte Social (QSS), pela Escala Hospitalar de Ansiedade e de Depressão (HADS), pelo Inventário de Autoavaliação do Comportamento para Adultos (IAACA), pela Child Behaviour Checklist (CBCL) e pelo Youth Self Report (YSR).

O **Questionário de identificação** foi criado para esta fase do estudo pelos autores, tendo como intuito atualizar as informações relevantes acerca dos dois elementos do casal, como: nome, morada, contactos, idade, nacionalidade, estado civil, nível escolar, profissão, situação face ao emprego, se vive com o pai do seu filho, número de filhos e idades e ainda hábitos de saúde relativamente aos últimos seis meses (hábitos alcoólicos, tabágicos e farmacológicos e se pratica algum tipo de atividade física/desporto e com que regularidade).

O entrevistador atribui ainda a cada questionário de identificação um código no âmbito da investigação, a data do preenchimento do mesmo e a sua identificação.

O **Youth Self-Report (YSR)** foi desenvolvido por Achenbach e Rescorla em 1991, sendo a versão portuguesa de Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves (2014). É constituído por 112 itens com questões estruturadas relativas aos problemas e 3 questões abertas que permitem conhecer a perceção do próprio jovem, com idade compreendida entre os 11 e os 18 anos, sobre os seus comportamentos, problemas e competências. As questões abertas solicitam informação sobre doenças, dificuldades e preocupações, bem como sobre o que melhor o descreve. Adicionalmente, este questionário integra informação sociodemográfica e itens de competências.

É solicitado à criança que classifique os 112 itens, relativamente aos últimos seis meses, de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos: 0 se a afirmação não for verdadeira, 1 se a afirmação for de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 se a afirmação for muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. Em vários itens são solicitadas descrições dos problemas referidos. Em acréscimo, o item 113 requer que o jovem escreva sobre outros problemas que não tenham sido previamente referenciados. No YSR podem identificar-se oito escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Estas escalas podem ser agrupadas em duas dimensões: a Externalização (Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo) e a Internalização (Ansiedade/Depressão, Isolamento/depressão e Queixas somáticas). É ainda possível calcular um score Total de Problemas no YSR, o qual é obtido a partir do somatório de todos os itens do questionário.

O YSR é composto por duas escalas de competência que são, a escala de atividades e a escala social. A escala de Atividades inclui informação sobre a quantidade e qualidade da participação da criança em desportos, outras atividades recreativas, emprego e tarefas. A escala Social considera classificações na participação em organizações, número de amigos próximos, número de contactos semanais com os amigos, o quão bem a criança se dá com os outros, e o quão bem a criança se diverte e trabalha sozinha. A estas duas áreas, soma-se a autoavaliação do rendimento académico.

No YSR, as escalas de síndromes têm os seguintes Alphas de Cronbach: Ansiedade/depressão (.74), Isolamento/depressão (.61), Queixas somáticas (.71), Problemas sociais (.58), Problemas de pensamento (.66), Problemas de atenção (.63), Comportamento de oposição (.59) e o Comportamento agressivo (.79). As escalas de Internalização e Externalização tem uma consistência interna de .84 e de .85 respetivamente e a escala total de .93 (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado & Gonçalves, 2014).¹

O **Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL 6-18)** foi também desenvolvido por Achenbach e Rescorla em 1991, sendo a versão portuguesa de Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves (2014). Os 112 itens descrevem tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais que caracterizam crianças no período escolar, destinando-se a pais ou figuras parentais substitutas. A resposta é dada tendo em consideração os últimos seis meses, de acordo com uma escala de Likert de três pontos: 0 - a afirmação não é verdadeira, 1- a afirmação é de alguma forma ou algumas vezes verdadeira e 2 - a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. Em vários itens são solicitadas descrições sobre os problemas referidos. Existe ainda mais um item (o 113) que solicita que o informador escreva sobre outros problemas que não tenham sido previamente referidos.

¹ YSR: Escalas de síndromes: Ansiedade/depressão (itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112); Isolamento/depressão (itens 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111); Queixas somáticas (itens 47, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g); Problemas Sociais (itens 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79); Problemas de pensamento (itens 9, 18, 40, 46, 58, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 100); Problemas de atenção (itens 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78); Comportamento Delinvente (itens 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105); Comportamento agressivo (itens 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 89, 94, 95, 97, 104); Outros problemas (itens 7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93, 110). Escalas de competência: Atividades (I- N° de desportos, I- Competência no desporto, II- N° outras atividades, II- Competência nas atividades, IV – N° trabalhos, IV- Competência nos trabalhos); Social (III- N° organizações, III- Média de atividade nas organizações, V- 1. N° de amigos, V- 2. Frequência contacto com amigos, VI- A. O comportamento com os outros, B. Comportamento sozinho)

No CBCL podem identificar-se oito escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Estas escalas podem ser agrupadas em duas dimensões: a Externalização (Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo) e a Internalização (Ansiedade/Depressão, Isolamento/depressão e Queixas somáticas). O CBCL é ainda composto por três escalas de competências que são, a escala de Atividades, a escala Social e a escala de Escola. Achenbach e colegas (2014) concluíram que os Alphas de Cronbach são Ansiedade/depressão (.75), Isolamento/depressão (.68), Queixas somáticas (.67), Problemas sociais (.67), Problemas de pensamento (.65), Problemas de atenção (.82), Comportamento de oposição (.62) e Comportamento agressivo (.86). As escalas de Internalização e Externalização têm uma consistência interna de .85 e .87 respetivamente, enquanto que a escala total tem um Alpha de Cronbach de .96.²

² CBCL: Escalas de Síndromes: Ansiedade/Depressão (itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112); Isolamento/Depressão (itens 5, 42, 65,69, 75, 102, 103, 111); Queixas Somáticas (itens 47, 49, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g); Problemas Sociais (itens 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79); Problemas de Pensamento (itens 9, 18, 40, 46, 58, 59, 60, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 92, 100); Problemas de Atenção (itens 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78, 80); Comportamento Delinquente (itens 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105, 106); Comportamento Agressivo (itens 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104); Outros problemas (itens 7, 24, 44, 53, 55, 56h, 74, 77, 93, 110). Escalas de competências: Atividades (I- Número de desportos, I- Média de competência de desportos, II- N° outras atividades, II- Média de competência de outras atividades, IV- N° de trabalhos, IV- Média de competência de trabalhos); Social (III- N° Organizações, III- Média de atividade nas organizações, V- N° amigos, V- Frequência de contacto com os amigos, VI- A. Comportamento com outros, VI- B. Comportamento sozinho); Escola (VII- 1. Rendimento médio, 2. Ensino especial, 3. Repetição do ano, 4. Problemas escolares).

1.4. Procedimento

Como já foi referido anteriormente, este estudo insere-se numa linha de investigação longitudinal que teve início em 2006, e constitui a terceira fase do mesmo, realizada doze anos após o nascimento das crianças.

No início do estudo, após aprovação da Comissão de Ética do Hospital de São João do Porto, ao pedido formalmente redigido, procedeu-se a um primeiro contacto na Consulta de Obstetrícia do Hospital mencionado, com mulheres grávidas e respetivos companheiros. Nesta fase, foi esclarecido o objetivo do estudo, assim como os respetivos momentos de avaliação. Recolheu-se os contactos, para às 37 semanas de gravidez, se dar início ao estudo.

Foram utilizados os seguintes procedimentos ao longo das diferentes fases:

- O primeiro contacto era realizado na consulta de Obstetrícia do Hospital de São João no Porto, sendo pedida a participação do casal para o estudo após apresentação e leitura do texto da Declaração de Consentimento Informado, explicados verbalmente os objetivos e implicações, e dada a oportunidade de colocar dúvidas e questões, assegurando os direitos dos pacientes de acordo com as convenções internacionais. Se o casal quisesse participar, eram-lhes solicitados os dados para contacto às 37 semanas de gravidez para se realizar a primeira avaliação.

- A 1ª avaliação (37 semanas de gravidez da companheira) decorreu em alguns casos no Hospital de S. João e noutros no domicílio da família, sendo cada um dos elementos do casal abordado individualmente, com a realização da entrevista *Survey for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS-L) de *Spitzer e Endicott* (1978) e a solicitação de preenchimento dos questionários de auto-resposta *Social Support Network Inventory* (SSNI) de *Flaherty, Gaviria e Pathak*, (1983), o *Eysenck Personality Inventory* (EPI) de *Eysenck e Eysenck*, (1964), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de *Zigmond e Snaid*, (1983), o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) de *Cox, Holden e Sagovsky*, (1987) e o *Life Optimism Traits – Revised* (LOT-R) de *Scheier, Carver e Bridges*, (1994).

Nesta 1ª avaliação, acordou-se com o casal que, quando o bebé nascesse, dariam conhecimento do mesmo, para deste modo se poder agendar a segunda avaliação. Paralelamente à avaliação efetuada, existia um enfermeiro que, no mesmo dia, ou um dia antes, se deslocava pela manhã a casa do casal para recolher uma amostra de saliva do

homem (para avaliar o cortisol na saliva), e de sangue da mulher (para avaliar os estrogéneos, progesterona e cortisol).

- A 2ª avaliação, uma vez mais, era efetuada no domicílio, cerca de duas semanas após o nascimento do bebé e tinha como objetivo o preenchimento da HADS e da EPDS e a recolha por parte do enfermeiro das variáveis hormonais anteriormente referidas.

- A 3ª avaliação, também realizada no domicílio, ocorreu seis semanas após o nascimento com recurso à SADS-L, à HADS e à EPDS. O enfermeiro também efetuava a visita domiciliária para recolha do sangue e saliva.

- O quarto momento de avaliação, decorreu um ano após o nascimento, consistindo numa nova aplicação da SADS-L, na HADS e na EPDS a cada um dos elementos do casal e também a Interview for Recent Life Events (Paykel, 1997). O enfermeiro efetuava a colheita para avaliação dos parâmetros hormonais. Foram igualmente recolhidas variáveis referentes á criança através do Boletim do Bebé onde estavam registados os parâmetros do desenvolvimento físico dos bebés, (perímetro cefálico, comprimento e peso), assim como o índice de APGAR. Foram registados eventuais problemas de saúde dos bebés, como diarreias (desde que não diretamente associadas à erupção da primeira dentição) e vários tipos de infeções (respiratórias, auditivas, urinárias e outras), recolhidos aos 12 meses e reportando-se a todo o período de vida do bebé. A aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths, 1970), teve como objetivo efetuar uma avaliação global das capacidades da criança no agrupamento em subescalas ou áreas específicas do desenvolvimento.

- A 5ª avaliação foi realizada cerca de seis anos após o nascimento da criança, no domicílio da família, tendo os dois elementos do casal respondido à entrevista psiquiátrica estandardizada SADS-L e à de Acontecimentos de Vida de Paykel, bem como preenchido os questionários HADS, EPDS, o SSNI, a Caregiver – Teacher Report Form (C –TRF 2-5 anos) de Achenbach, (1991) e o Child Behaviour Checklist (CBCL 1 ½ - 5 anos) de Achenbach e Rescorla, (2000). A criança foi avaliada de novo com a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths 2–8 anos)

Esta fase do estudo corresponde à 6ª avaliação, que se realizou doze anos após o nascimento da criança, que decorreu entre junho de 2018 e junho de 2019, tendo já sido feita uma apresentação preliminar de dados no estudo de Moreira (2019). No total foram avaliadas 53 mulheres, 35 maridos/companheiros e 53 jovens. Contactámos

telefonicamente os participantes anteriores do estudo, explicando os objetivos e procedimentos desta nova fase de estudo e solicitando a sua anuência para participar, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Se a resposta fosse positiva, era agendada a entrevista. A recolha de dados ocorria no domicílio da família (ou noutra local apresentado como preferido) junto da mãe, do pai e da criança, de preferência em contexto calmo e individualizado.

Em primeiro lugar, era-lhes apresentado e dado a ler, ou era-lhes lido em voz alta, o texto da Declaração de Consentimento Informado, o qual assinavam, assegurando assim os direitos das participantes. De seguida, cada um dos membros do casal era abordado individualmente e era preenchido o Questionário de Identificação para atualização dos dados (idade, estado civil, profissão, situação face ao emprego, nº de filhos e dados da criança avaliada) e uma pequena entrevista sobre acontecimentos de vida. Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem a HADS e o Questionário de Suporte Social, e que respondessem às questões sobre o CBCL e o IAACA. O tempo de administração era variável, demorando de 60 a 90 minutos.

1.5. Métodos de análise estatística

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao Software Estatístico Statistical Package for Social Sciences [SPSS], versão 26.0. Utilizou-se a Estatística Descritiva para caracterizar os participantes (frequências, médias, desvios padrões, percentagens). Utilizou-se igualmente a análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão), para comparar os valores obtidos em cada uma das escalas utilizadas com os respetivos pontos de corte, de modo a verificar ou não situações com significado clínico. Para efetuar a comparação entre os resultados do grupo de adolescentes cujas mães tiveram DPN com os do grupo de adolescentes cujas mães não tiveram DPN, ao nível do YSR, e dado o tamanho da amostra, recorreu-se a uma análise não paramétrica dos resultados, através do Teste Mann-Whitney (U). Utilizámos igualmente o teste de Mann-Whitney para efetuar uma análise comparativa, entre as mães que tiveram depressão anterior e as mães que não tiveram depressão anterior, bem como dos respetivos maridos/companheiros, relativamente às perceções em relação aos filhos, ao

nível do CBCL. Com o objetivo de realizar uma análise correlacional entre a percepção das mães, pais e filhos, ao nível da CBCL e do YSR, recorreu-se ao coeficiente da correlação de Spearman.

2. Resultados

2.1. Auto-avaliação dos jovens (rapazes e raparigas) de acordo com o YSR

Tendo por objetivo avaliar como as crianças percebem as suas competências sociais e os seus problemas de comportamento, foi utilizado o Questionário de Autoavaliação para crianças (YSR), onde efetuámos o cálculo da mediana, média e desvio padrão obtido em cada uma das subescalas, bem como uma análise comparativa através do teste de Mann-Whitney, tendo em conta se as mães tinham tido depressão aos 12 meses após o nascimento da criança, ou não.

Pela análise do quadro 1, verificamos que os jovens cujas mães tiveram DPN 12 meses após o nascimento da criança, evidenciam valores mais elevados nas subescalas ansiedade/depressão (posto médio=28.15), isolamento depressão (posto médio=29.6), comportamento agressivo (posto médio=28.08) e internalização (posto médio= 28.33 comparativamente com os jovens cujas mães não tiveram DPN 12 meses após o nascimento da criança, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas. Nas restantes subescalas: queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente e externalização, são os jovens cujas mães não tiveram DPN 12 meses após o nascimento da criança, que apresentam valores mais elevados, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 1. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 12 anos (YSR)

	Mulheres com DPN aos 12 meses				Mulheres sem DPN aos 12 meses					
	N	M	Med	Posto Médio	N	M	Med	Posto Médio	U	p
Ansiedade/depressão	24	5.1	5	28.15	29	4.7	5	26.05	320.5	ns
Isolamento/Depressão	24	3.3	3.5	29.6	29	2.7	2	24.84	285.5	ns
Queixas Somáticas	24	1.9	1	24.0	29	2.2	2	29.48	276	ns
Problemas Sociais	24	2.4	2	26.13	29	2.2	2	26.82	327	ns
Problemas de Pensamento	24	2.7	2	26.29	29	2.8	2	27.59	331	ns
Problemas de atenção	24	4.2	4	26.42	29	4	3.5	26.57	334	ns
Comportamento Delinvente	24	1.5	1	24.58	29	2	2	29.0	290	ns
Comportamento Agressivo	24	5.5	5	28.08	29	5.6	4	26.1	322	ns
Outros Problemas	24	4.1	4	25.33	29	4.8	5	28.38	308	ns
Internalização	24	10.3	11	28.33	29	9.6	10	25.90	316	ns
Externalização	24	7.0	6	26.90	29	7.6	7	27.09	345.5	ns

Med=mediana; P25=percentil 25; P75= percentil 75

ns:p>0.05

2.1.1. Autoavaliação dos Rapazes ao nível do YSR

No quadro 2 estão representadas as médias e desvios padrão encontrados na nossa amostra, nas diferentes escalas do YSR para os rapazes, com as respetivas pontuações e comparadas com as normas nacionais. verificamos que os rapazes cujas mães tiveram DPN apresentam níveis médios superiores nas subescalas ansiedade/depressão ($M=4.31$; $DP=2.39$), isolamento/depressão ($M=3.08$; $DP=2.72$), problemas sociais ($M=2.46$; $DP=2.70$), problemas de pensamento ($M=2.46$; $DP=2.11$), comportamento delinvente ($M=2.15$; $DP=1.91$), comportamento agressivo ($M=5.69$; $DP=3.07$), ao nível da Internalização ($M=8.69$; $DP=5.68$) e da Externalização ($M=7.85$; $DP=4.43$), comparativamente com os rapazes cujas mães não tiveram DPN. Nas subescalas queixas somáticas, problemas de atenção e outros problemas, são os rapazes cujas mães não tiveram DPN que apresentam níveis médios mais elevados, todavia em nenhuma das subescalas se atinge o significado clínico.

Os resultados obtidos no teste de Mann-Whitney, mostram que apesar de existirem diferenças nas diferentes subescalas entre os rapazes cujas mães não tiveram DPN, e os

rapazes cujas mães tiveram DPN 12 meses após o nascimento da criança, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 2. Média das pontuações obtidas pelos rapazes no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento.

	Mulheres com DPN aos 12 meses				Mulheres sem DPN aos 12 meses						
	N	M	SD	Posto Médio	N	M	SD	Posto Médio	Pontos de Coorte	U	p
Ansiedade/Depressão	13	4.31	2.39	16.23	18	4.17	2.50	15.83	8.36	114.0	ns
Isolamento/Depressão	13	3.08	2.72	17.46	18	2.28	2.19	14.94	5.97	98	ns
Queixas Somáticas	13	1.31	1.89	13.73	18	1.61	1.42	17.64	4.82	87.5	ns
Problemas Sociais	13	2.46	2.70	14.96	18	2.06	1.34	15.91	4.51	103.5	ns
Problemas de Pensamento	13	2.46	2.11	17.27	18	2.00	1.85	15.08	5.8	100.5	ns
Problemas de Atenção	13	3.46	3.13	13.50	18	3.94	2.25	17.03	7.67	84.5	ns
Comportamento Delinvente	13	2.15	1.91	16.96	18	2.00	2.30	15.31	6.17	104.5	ns
Comportamento Agressivo	13	5.69	3.07	17.56	18	5.17	3.85	14.81	9.96	95.5	ns
Outros Problemas	13	4.00	1.91	15.62	18	4.61	2.75	16.28	6.56	112	ns
Internalização	13	8.69	5.68	16.35	18	8.06	4.63	15.75	17.72	112.5	ns
Externalização	13	7.85	4.43	17.77	18	7.14	5.87	14.72	15.48	94	ns

2.1.2. Autoavaliação das Raparigas ao nível do YSR

Pela análise do quadro 3, verificamos que as raparigas cujas mães tiveram DPN apresentam níveis médios superiores nas subescalas ansiedade/depressão ($M=5.91$; $DP=2.70$), isolamento/depressão ($M=3.67$; $DP=1.80$), problemas de atenção ($M=5.00$; $DP=3.26$) e ao nível da internalização ($M=12.18$; $DP=4.79$), comparativamente com as raparigas cujas mães não tiveram DPN, todavia estes valores não atingem o significado clínico. Nas subescalas queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, comportamento delinvente, comportamento agressivo e externalização, são as raparigas cujas mães não tiveram DPN que apresentam níveis médios mais elevados, sem, todavia, atingirem o significado clínico.

Da análise do teste de Mann-Whitney (quadro 3), ressalta que as raparigas cujas mães tiveram DPN apresentam valores inferiores ao nível do comportamento delinquente (*posto médio* = 8.55), comparativamente com as raparigas cujas mães não tiveram DPN (*posto médio* = 14.45), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($U=28.0$; $p=0.034$).

Verificamos que as raparigas cujas mães tiveram DPN tendem a ter valores mais elevados ao nível da ansiedade/depressão (*posto médio* = 12.05), isolamento/depressão (*posto médio* = 12.18), problemas sociais (*posto médio* = 11.59), problemas de atenção *posto médio* (=12.64) e ao nível da internalização (*posto médio* = 11.68), comparativamente com as raparigas cujas mães não tiveram DPN, todavia estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 3. Média das pontuações obtidas pelas raparigas no YSR para as diferentes escalas de problemas de comportamento.

	Mulheres com DPN aos 12 meses				Mulheres sem DPN aos 12 meses				U	p	
	N	M	SD	Posto Médio	N	M	SD	Posto Médio			Pontos de Corte
Ansiedade/Depressão	11	5.55	3.42	12.05	11	5.91	2.70	10.95	10.26	54.5	ns
Isolamento/Depressão	11	3.45	2.16	12.18	11	3.64	1.80	10.82	6.25	53	ns
Queixas Somáticas	11	3.09	1.37	10.09	11	2.64	2.73	12.91	6.45	45	ns
Problemas Sociais	11	2.45	2.11	11.59	11	2.27	1.42	11.41	4.82	59.5	ns
Problemas de Pensamento	11	4.09	3.33	10.14	11	3.00	3.77	12.86	5.96	45.5	ns
Problemas de Atenção	11	4.09	3.30	12.64	11	5.00	3.26	10.36	7.41	48	ns
Comportamento Delinquente	11	2.09	1.51	8.55	11	0.73	1.19	14.45	5.26	28	0.034
Comportamento Agressivo	11	6.27	3.98	11.14	11	5.18	2.09	11.86	10.44	56.5	ns
Outros Problemas	11	5.18	2.79	10.09	11	4.18	1.40	12.91	6.51	45	ns
Internalização	11	12.09	5.70	11.68	11	12.18	4.79	11.32	21.25	58	ns
Externalização	11	8.36	4.39	9.36	11	5.90	2.70	13.64	15.0	37	ns

2.2. Análise da percepção das mães sobre os seus filhos de acordo com a CBCL

Com o objetivo de compreender como é que as mães percecionam os problemas e comportamentos dos filhos, procedeu-se à determinação da pontuação das diferentes subescalas do CBCL. Através da análise do Quadro 4 e, com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificou-se que todas elas apresentam valores médios abaixo do ponto de corte, quer para as mães com DPN, quer para as mães sem DPN.

Realizando uma análise entre os dois grupos, verificámos que o grupo de mães com DPN apresenta níveis médios superiores, comparativamente com o outro grupo nas subescalas isolamento/depressão (M=2.63; DP=2.34), problemas sociais (M=1.96; DP=1.57), problemas de atenção (M=4.21; DP=2.80), comportamento agressivo (M=4.92; DP=3.94), outros problemas (M=3.83; DP=2.48) e na dimensão externalização (M=6.83; DP=5.30), contudo estes valores não atingem o significado clínico. Nas subescalas ansiedade/depressão (M =5.18; DP=2.89), queixas somáticas (M=1.38; DP=1.57), problemas de pensamento (M=2.38; DP=2.98), comportamento delinvente (M=2.24; DP=2.43) e na dimensão internalização (M=9.03; DP=4.91), são as mães sem DPN que apresentam níveis médios mais elevados, comparativamente com as mães com DPN, todavia estes valores não atingem o significado clínico.

Objetivando verificar, se as diferenças observadas entre os dois grupos nas diferentes subescalas da CBCL são estatisticamente significativas, realizou-se o teste de Mann-Whitney. Através do mesmo, confirmámos que apesar de existirem diferenças entre os grupos, estas não são estatisticamente significativas.

Quadro 4. Estatísticas descritivas do CBCL e teste de Mann-Whitney

	Mulheres com DPN aos 12 meses				Mulheres sem DPN aos 12 meses				Pontos de Corte	U	p
	N	M	SD	Posto Médio	N	M	SD	Posto Médio			
Ansiedade/Depressão	24	4.25	3.05	23.75	28	5.18	2.89	28.86	7.59	270	ns
Isolamento/Depressão	24	2.63	2.34	27.40	28	2.48	2.31	26.67	4.16	338.5	ns
Queixas Somáticas	24	1.25	1.39	26.58	28	1.38	1.57	27.34	4.75	338	ns
Problemas Sociais	24	1.96	1.57	28.25	28	1.79	1.66	25.97	3.89	318	ns
Problemas de Pensamento	24	1.60	1.99	24.60	28	2.38	2.98	28.98	3.60	290.5	ns
Problemas de Atenção	24	4.21	2.80	30.27	28	3.48	3.30	24.29	6.17	269.5	ns
Comportamento Delinvente	24	1.92	2.02	26.15	28	2.24	2.43	27.71	3.16	327.5	ns
Comportamento Agressivo	24	4.92	3.94	27.94	28	4.45	3.44	26.22	8.10	325.5	ns
Outros Problemas	24	3.83	2.48	27.06	28	3.79	2.55	26.95	5.06	346.5	ns
Internalização	24	8.13	5.27	25.15	28	9.03	4.91	27.66	15.06	303.5	ns
Externalização	24	6.83	5.30	27.48	28	6.69	5.60	26.60	10.82	336.5	ns

2.3. Análise da percepção dos pais sobre os seus filhos de acordo com a CBCL

Com o objetivo de compreender como é que os pais percebem os problemas e comportamentos dos filhos, procedeu-se à determinação da pontuação das diferentes subescalas do CBCL. Através da análise do Quadro 5 e, com base nos pontos de corte para as diferentes subescalas, verificou-se que todos eles apresentam valores médios abaixo do ponto de corte, quer para os pais cujas companheiras tiveram DPN 12 meses após o nascimento da criança, quer para os pais cujas companheiras não tiveram DPN.

Realizando uma análise entre os dois grupos, verificámos que o grupo de pais com DPN apresenta níveis médios superiores, comparativamente com o outro grupo nas subescalas isolamento/depressão (M=3.00 DP=2.65), contudo estes valores não atingem o significado clínico. Nas subescalas ansiedade/depressão (M =5.30; DP=2.94), queixas somáticas (M=1.50; DP=1.47), problemas sociais (M=2.05; DP=1.61), problemas de pensamento (M=1.84; DP=1.71), problemas de atenção (M=4.30; DP=4.02), comportamento delinvente (M=1.65; DP=2.18), comportamento agressivo (M=4.50; DP=4.27), outros problemas (M=4.10; DP=3.14), na dimensão internalização (M=9.35; DP=5.16) e externalização (M=6.15; DP=6.21) são os pais sem DPN que apresentam

níveis médios mais elevados, comparativamente com os pais com DPN, todavia estes valores não atingem o significado clínico.

Da análise do teste de Mann-Whitney ressalta que na subescala problemas sociais, os pais cujas mulheres não tiveram depressão pós-natal apresentam valores mais elevados (*posto médio* =20.88), comparativamente com os pais cujas mulheres tiveram DPN (*posto médio* =14.17), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($U=92.5$; $p=0.048$).

Quadro 5. Estatísticas descritivas do CBCL e teste de Mann-Whitney

	Companheiros de mulheres com DPN aos 12 meses após o nascimento da criança				Companheiros de mulheres sem DPN aos 12 meses após o nascimento da criança				Pontos de Coorte	U	P
	N	M	SD	Posto Médio	N	M	SD	Posto Médio			
Ansdepressão	15	4.60	3.18	16.83	20	5.30	2.94	18.88	7.59	132.5	ns
Isol/Depressão	15	3.00	2.65	18.8	20	2.55	2.04	17.40	4.16	138	ns
Queixas Somáticas	15	0.67	0.82	14.70	20	1.50	1.47	20.48	4.75	100.5	ns
Problemas Sociais	15	1.00	1.07	14.17	20	2.05	1.61	20.88	3.89	92.5	0.048
Probl Pensamento	15	1.80	2.00	16.83	20	1.84	1.71	18.03	3.60	132.5	ns
Proble/ atenção	15	3.93	3.59	17.63	20	4.30	4.02	18.28	6.17	144.5	ns
Comp/Delinquente	15	1.33	1.30	18.03	20	1.65	2.18	17.98	3.16	149.5	ns
Comp/ Agressivo	15	3.33	2.97	16.67	20	4.50	4.27	19.00	8.10	130	ns
Outros Problemas	15	2.87	1.99	16.17	20	4.10	3.14	19.38	5.06	122.5	ns
Internalização	15	8.27	5.66	17.40	20	9.35	5.16	18.45	15.06	141	ns
Externalização	15	4.67	3.48	17.20	20	6.15	6.21	18.60	10.82	138	ns

ns:p>0.05

2.4. Diferenças de percepção sobre os problemas de comportamento através dos diferentes informadores: mães, pais e jovens

As percepções das mães acerca dos comportamentos dos filhos correlacionam-se de modo positivo com as percepções dos pais acerca dos comportamentos dos mesmos, em todas as subescalas, exceto nas subescalas isolamento e depressão e outros problemas, em que se correlacionam de modo negativo muito fraco ($r=-.041$), e ao nível das subescalas comportamentos agressivos e outros comportamentos ($r=-.026$), sem todavia atingir o significado estatístico. As percepções das mães ao nível da ansiedade depressão, correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo, com as percepções dos pais ao nível da ansiedade depressão ($r=.518$; $p<.05$), com os comportamentos agressivos ($r=.356$; $p<.05$) e ao nível da internalização ($r=.431$; $p<.05$).

As percepções das mães ao nível do isolamento/depressão correlacionam-se de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível das subescalas isolamento e depressão ($r=.558$; $p<.01$) e internalização ($r=.431$; $p<.05$). As percepções das mães ao nível das queixas somáticas correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível das queixas somáticas ($r=.444$; $p<.01$), ao nível dos problemas de atenção ($r=.360$; $p<.05$), comportamentos agressivos ($r=.408$; $p<.05$) e externalização ($r=.416$; $p<.05$). As percepções das mães acerca dos problemas sociais correlacionam-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível dos problemas sociais ($r=.547$; $p<.05$).

As percepções das mães ao nível dos problemas de pensamento correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível das queixas somáticas ($r=.353$; $p<.05$), problemas sociais ($r=.361$; $p<.05$), problemas de pensamento ($r=.627$; $p<.01$) e ao nível dos problemas de atenção ($r=.396$; $p<.05$). As percepções das mães ao nível dos problemas de atenção correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível dos problemas sociais ($r=.347$; $p<.05$), problemas de pensamento ($r=.459$; $p<.01$), problemas de atenção ($r=.568$; $p<.01$), comportamento delinquente ($r=.370$; $p<.05$), comportamento agressivo ($r=.375$; $p<.05$)

, ao nível da internalização ($r=.339$; $p<.05$) e externalização ($r=.414$; $p<.05$) . As percepções das mães ao nível do comportamento delinvente correlacionam-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível dos problemas de pensamento ($r=.406$; $p<.01$) , comportamento delinvente ($r=.499$; $p<.01$) , comportamento agressivo ($r=.449$; $p<.01$) e ao nível da externalização ($r=.482$; $p<.01$)

As percepções das mães ao nível do comportamento agressivo correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível dos problemas sociais ($r=.460$; $p<.01$) , comportamento agressivo ($r=.556$; $p<.01$) e ao nível da internalização ($r=.335$; $p<.05$) e externalização ($r=.523$; $p<.01$) . As percepções das mães ao nível de outros problemas correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível da ansiedade/depressão ($r=.405$; $p<.05$), dos problemas de atenção ($r=.357$; $p<.05$) , comportamento agressivo ($r=.564$; $p<.01$), outros problemas ($r=.431$; $p<.01$) , e ao nível da internalização ($r=.259$; $p<.05$) e externalização ($r=.503$; $p<.01$) .

As percepções das mães ao nível da internalização correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível da ansiedade/depressão ($r=.474$; $p<.01$), isolamento/depressão ($r=.423$; $p<.05$) , queixas somáticas ($r=.355$; $p<.05$), problemas sociais ($r=.393$; $p<.05$), comportamento agressivo ($r=.449$; $p<.01$), ao nível da internalização ($r=.519$; $p<.01$) e externalização ($r=.439$; $p<.01$). As percepções das mães ao nível da externalização correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos pais ao nível do isolamento/depressão ($r=.337$; $p<.05$) ,problemas sociais ($r=.468$; $p<.01$), comportamento delinvente ($r=.381$; $p<.05$), comportamento agressivo ($r=.537$; $p<.01$), ao nível da internalização ($r=.342$; $p<.05$) e externalização ($r=.524$; $p<.01$).

Quadro 6. Correlação de Spearman entre os resultados nas escalas do CBCL preenchidos pelas mães e pelos pais

Notas. A.D.= Ansiedade / Depressão , I.D. = Isolamento / Depressão, Q.S. = Queixas Somáticas, P.S. = Problemas Sociais, P.P. = Problemas de Pensamento, P.A. = Problemas de Atenção, C.D. = Comportamento Delinquente,

	A.D- CBCL Pai	I.D- CBCL Pai	Q.S- CBCL Pai	P.S- CBCL Pai	P.P- CBCL Pai	P.A- CBCL Pai	C.D- CBCL pai	C.A- CBCL Pai	O.P CBCL Pai	Inter CBCL Pai	Exter CBCL Pai
A.D-CBCL Mãe	.518*	.263	.264	.380	.311	.049	.105	.356*	.064	.431*	.314
I.D-CBCL Mãe	.326	.558**	.177	.314	.128	.202	.141	.331	-.041	.470**	.327
Q.S-CBCL Mãe	.259	.224	.444**	.201	.122	.360*	.239	.408*	.222	.325	.416*
P.S-CBCL Mãe	.330	.253	.172	.547**	.161	.288	.081	.252	.223	.314	.248
P.P-CBCL Mãe	.221	.157	.353*	.361*	.627**	.396*	.260	.240	.284	.263	.276
P.A-CBCL Mãe	.310	.252	.205	.347*	.459**	.568**	.370*	.375*	.247	.339*	.414*
C.D-CBCL Mãe	.247	.306	.266	.406**	.247	.070	.499**	.449**	.134	.322	.482**
C.A-CBCL Mãe	.227	.333	.285	.460**	.256	.142	.314	.556**	-.026	.335*	.523**
O.P-CBCL Mãe	.405*	.058	.206	.189	.242	.357*	.196	.564**	.431**	.259*	.503**
Inter-CBCL Mãe	.474**	.423*	.355*	.393*	.212	.202	.214	.449**	.067	.519**	.439**
Exter-CBCL Mãe	.238	.337*	.288	.468**	.267	.099	.381*	.537**	.015	.342*	.524**

C.A. = Comportamento Agressivo, O.P. = Outros problemas, Inter. = Internalização, Exter. = Externalização.

*p<0.05; **p<0.01

As percepções das mães acerca dos problemas sociais correlacionam-se de modo positivo fraco estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas de atenção ($r=.283$; $p<.05$). As percepções das mães ao nível dos problemas de pensamento correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível do comportamento delincente ($r=.316$; $p<.05$). As percepções das mães ao nível dos problemas de atenção correlacionam-se de modo positivo entre fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível do isolamento/depressão ($r=.281$; $p<.05$), problemas sociais ($r=.296$; $p<.05$), problemas de atenção ($r=.658$; $p<.01$), comportamento agressivo ($r=.405$; $p<.01$) e ao nível da externalização ($r=.370$; $p<.01$). As percepções das mães ao nível do comportamento delincente correlacionam-se de modo positivo fraco a moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível do comportamento delincente ($r=.406$; $p<.01$) e ao nível da externalização ($r=.315$; $p<.05$). As percepções das mães ao nível do comportamento agressivo correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível do comportamento agressivo ($r=.346$; $p<.05$) e ao nível da externalização ($r=.358$; $p<.01$). As percepções das mães ao nível da externalização correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível do comportamento delincente ($r=.317$; $p<.05$), comportamento agressivo ($r=.334$; $p<.05$) e ao nível da externalização ($r=.398$; $p<.01$).

As percepções dos pais ao nível do isolamento e depressão correlacionam-se de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível da subescala problemas de atenção ($r=.408$; $p<.05$). As percepções dos pais acerca das queixas somáticas correlacionam-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas de atenção ($r=.385$; $p<.05$). As percepções dos pais ao nível dos problemas de atenção correlacionam-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas sociais ($r=.583$; $p<.01$) e ao nível dos problemas de atenção ($r=.566$; $p<.01$). As percepções dos pais ao nível do comportamento delincente correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas de atenção ($r=.360$; $p<.05$). As percepções dos pais ao nível do comportamento agressivo correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente

significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas de pensamento ($r=.340$; $p<.05$). As percepções dos pais ao nível de outros problemas correlacionam-se de modo positivo moderado e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos outros problemas ($r=.423$; $p<.05$). As percepções dos pais ao nível da internalização correlacionam-se de modo positivo fraco e estatisticamente significativo com as percepções dos filhos ao nível dos problemas de atenção ($r=.385$; $p<.05$)

Quadro 7. Correlação de Spearman entre as escalas do CBCL das mães e pais e do YSR dos jovens

	A.D- YSR	I.D-YSR	Q.S-YSR	P.S-YSR	P.P-YSR	P.A-YSR	C.D- YSR	C.A- YSR	O.P- YSR	Inter- YSR	Exter- YSR
A.D-CBCL Mãe	.036	.000	.108	-.112	.113	.079	.135	.015	-.158	.057	.064
I.D-CBCL Mãe	-.159	.109	-.193	-.069	-.189	.084	.059	-.037	-.210	-.109	-.041
Q.S-CBCL Mãe	.000	-.004	.123	.051	-.113	.187	-.106	-.056	.085	.031	-.107
P.S-CBCL Mãe	.149	.143	.053	.138	.044	.283*	.093	.209	.179	.188	.166
P.P-CBCL Mãe	.096	.042	.164	.183	.078	.262	.316*	.070	-.146	.125	.213
P.A-CBCL Mãe	-.034	.281*	.213	.296*	-.028	.658**	.212	.405**	.068	.196	.370**
C.D-CBCL Mãe	-.260	-.001	.044	.097	-.125	.195	.406**	.181	.088	-.070	.315*
C.A-CBCL Mãe	-.042	.161	.008	.190	-.057	.250	.207	.346*	-.084	.084	.358**
O.P-CBCL Mãe	-.114	-.104	-.027	.014	-.101	.151	.078	.100	.232	-.070	.093
Inter-CBCL Mãe	-.023	.057	-.017	-.144	-.017	.108	.095	-.043	-.167	.001	-.025
Exter-CBCL Mãe	-.127	.100	.010	.179	-.076	.241	.317*	.334*	-.047	.021	.398**
A.D-CBCL Pai	.012	.048	.009	.045	-.169	.180	.139	.013	.042	.058	.037
I.D-CBCL Pai	.040	.330	.034	.242	-.124	.408*	.028	.120	.223	.128	.062
Q.S-CBCL Pai	.136	-.025	.180	.044	.067	.385*	.203	.141	.167	.088	.192
P.S-CBCL Pai	.265	.164	.145	.186	.000	.262	.156	.159	.053	.229	.155
P.P-CBCL Pai	.089	-.139	.069	.134	-.065	.322	.148	.173	-.035	.006	.231

P.A-CBCL Pai	.151	.216	.119	.583**	-.191	.566**	.046	.139	.237	.217	.058
C.D-CBCL Pai	-.051	.194	-.006	.291	-.123	.360*	.331	.147	.108	.056	.218
C.A-CBCL Pai	-.105	.089	-.090	.223	-.340*	.230	.053	-.005	.026	-.016	-.023
O.P-CBCL Pai	.103	.039	.162	.250	-.020	.272	.192	.182	.423*	.149	.185
Inter-CBCL Pai	.087	.198	.118	.163	-.149	.385	.171	.099	-.022	.145	.105
Exter-CBCL Pai	-.091	.132	-.075	.247	-.237	.270	.128	.031	-.042	.005	.033

Notas. A.D.= Ansiedade / Depressão, I.D. = Isolamento / Depressão, Q.S. = Queixas Somáticas, P.S. = Problemas Sociais, P.P. = Problemas de Pensamento, P.A. = Problemas de Atenção, C.D. = Comportamento Delinvente, C.A. = Comportamento Agressivo, O.P. = Outros problemas, Inter. = Internalização, Exter. = Externalização.
*p<0.05; **p<0.01

Discussão

Neste estudo propusemo-nos avaliar o impacto da DPN nos jovens ao nível do seu funcionamento psicológico, verificar a perceção dos pais relativamente ao funcionamento psicológico dos mesmos assim como relacionar a DPN com o desenvolvimento mental e ajustamento psicossocial dos jovens.

Relativamente aos jovens, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de jovens cujas mães tiveram DPN e o grupo de jovens cujas mães não tiveram DPN, no que diz respeito ao funcionamento psicológico medido pelo YSR. A literatura do domínio indica com alguma consistência a associação da depressão materna pós-natal com um risco elevado de problemas no desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes (Murray, Halligan & Cooper, 2010; Sutter-Dallay et al. , 2011; Milgrom, Westley & Gemmill, 2004; Hay et al., 2001; Murray et al., 2010). Apesar do grupo de jovens cujas mães tiveram DPN apresentar valores mais elevados nas subescalas ansiedade/depressão, isolamento/depressão, comportamento agressivo e internalização, a diferença não é estatisticamente significativa e, mais importante ainda, os valores não têm representação clínica. Enquanto que a ausência de significância estatística pode ser devida ao reduzido número de participantes, este fator não explica a ausência de significado clínico. Estes resultados poderão dever-se, ao facto de que aos 6 anos após o nascimento do bebé, neste grupo de 53 mulheres, apenas 8 se encontravam deprimidas, sendo que 3

pertenciam ao grupo de mulheres com DPN aos 12 meses e 5 ao grupo de mulheres sem DPN aos 12 meses. Quando efetuámos a análise comparativa dos jovens tendo por base o grupo de pertença, temos que ter presente que a DPN das mães não se manteve depois dos 12 meses pós-natal. Neste sentido Closa-Monterolo e colegas (2017) sugere que o facto de a figura materna deixar de apresentar sintomatologia psicopatológica ao longo do desenvolvimento do filho (ou seja, se a DPN for de facto circunscrita no tempo) a criança ou adolescente pode não apresentar, ele próprio, indícios de perturbação psicológica.

Quando efetuámos a análise comparativa dos rapazes ao nível do YSR, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente ao funcionamento psicológico. Denote-se, no entanto, que os rapazes cujas mães tiveram DPN apresentaram níveis médios superiores nas subescalas ansiedade/depressão, isolamento/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, comportamento delinquente, comportamento agressivo, ao nível da internalização e da externalização, comparativamente com os rapazes cujas mães não tiveram DPN. Embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos, vão de encontro à literatura, dado que a maioria dos estudos afirma que a DPN nos pais tem impacto nos seus filhos, não só em termos do seu funcionamento psicológico global (Verkuijl et al., 2014), mas também a nível emocional e comportamental (Sinclair & Murray, 1998; Morrell & Murray, 2003; Hay et al., 2003; Ramchandani et al., 2005; Avan et al., 2010; Bagner et al., 2010; Barker et al., 2011).

Quanto ao género feminino, verificou-se que as raparigas cujas mães tiveram DPN apresentaram valores inferiores ao nível do comportamento delinquente, comparativamente com as raparigas cujas mães não tiveram DPN, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.

Segundo Thomas e Guskin (2001) os jovens podem apresentar problemas comportamentais classificáveis em duas categorias: problemas de externalização e problemas de internalização. A externalização diz respeito a síndromes onde os problemas estão maioritariamente centrados na relação com os outros (por exemplo, o comportamento agressivo) enquanto, a internalização refere-se a síndromes em que os problemas estão centrados na própria criança, por exemplo, a depressão (Soares,

Gonçalves, Simões, Baptista, Marujo, Lopes, Pereira, Gouveia, Farate, Figueiredo, Relvas & Alarcão, 2000).

Tendo em conta que o comportamento delinvente encontra-se associado a comportamentos antissociais, agressivos ou desafiadores (Achenbach et al., 2014), este resultado pode ser justificado pelo facto das investigações neste domínio com recurso a esta categorização encontrar estudos sobre os efeitos da DPN ao nível da externalização estarem associado ao género masculino comparativamente com o género feminino (Agnafors, Sydsjö, Dekeyser & Svedin, 2013). Numa investigação realizada por Murray, Halligon, Adams, Patterson e Goodyer (2006) verificaram que crianças expostas a DPN apresentam níveis mais elevados de sensibilidade emocional aos 13 anos de idade, ou seja, mais responsáveis, com comportamentos empáticos e bem regulados que podem ser vistos como fatores de proteção no desenvolvimento de comportamentos de externalização. Um estudo desenvolvido por Lee e Stone (2012) detetou diferenças significativas a nível de género na estabilidade dos problemas de internalização e externalização, mas a correlação entre uma visão negativa sobre si próprio e estes problemas verificou-se igualmente em rapazes e raparigas.

Relativamente às perceções das mães acerca dos seus filhos, verificámos valores médios abaixo do ponto de corte em todas as subescalas, contudo sem significado clínico nem estatístico. Verificamos, pois, que as perceções das mães vão de encontro às perceções dos filhos, sendo ambas bastante positivas.

No que diz respeito à perceção dos pais acerca dos seus filhos, ressalta que na subescala problemas sociais, os pais cujas mulheres não tiveram depressão pós-natal apresentam valores mais elevados, comparativamente com os pais cujas mulheres tiveram DPN, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Nas restantes subescalas não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os pais dos dois grupos, bem como nenhuma das subescalas apresenta significado clínico.

Altos níveis de correlação entre pais e filhos evidenciam um elevado conhecimento indicativo de uma relação mãe-filho saudável e, portanto, responsável por baixos níveis de envolvimento em comportamentos de risco (Branstetter, Furman, & Cottrell, 2009; Schinke, Fang, & Cole, 2008).

Quando analisámos a correlação dos pais e das mães ao nível da CBCL, verificámos que as perceções das mães acerca dos comportamentos dos filhos

correlacionam-se de modo positivo com as percepções dos pais acerca dos comportamentos dos mesmos, em todas as subescalas, exceto nas subescalas isolamento e depressão e outros problemas, em que se correlacionam de modo negativo muito fraco e ao nível das subescalas comportamentos agressivos e outros comportamentos, sem todavia atingir o significado estatístico. O facto da grande maioria das correlações ser positiva e estatisticamente significativa, nomeadamente ao nível das subescalas internalização e externalização, revela uma elevada concordância entre as percepções dos progenitores acerca dos seus filhos, sendo que estas são bastante positivas.

No que diz respeito às correlações ao nível do CBCL das mães e do YSR dos filhos, verificámos 13 correlações positivas e estatisticamente significativas. No que diz respeito às correlações do CBCL dos pais com o YSR dos filhos, verificámos a existência de uma correlação negativa, fraca e estatisticamente significativa ao nível dos comportamentos agressivos do CBCL com os problemas de pensamento do YSR e 7 correlações positivas e estatisticamente significativas. O baixo nível de concordância entre pais e adolescentes poderá ser originado pela incapacidade ou relutância destes últimos em descrever os seus problemas. Grigorenko, Geiser, Slobodskaya e Francis, (2010), verificaram que em amostras clínicas, os pais divulgam mais sintomas sobre os seus adolescentes do que estes sobre si próprios. A situação inversa surge em amostras normativas, nas quais os adolescentes divulgam consideravelmente mais informação do que os pais. Os autores constataram igualmente que existe uma correlação mais evidente entre as mães e os adolescentes, do que entre estes e os próprios pais, demonstrando a ligação esperada entre mães e filhos.

Muito embora os resultados obtidos no nosso estudo não terem ido ao encontro da literatura, não podemos descurar a importância do mesmo, uma vez que nos permitiu avaliar o impacto da DPN na família, conhecendo o estatuto emocional dos seus elementos no longo prazo.

Devemos ressaltar, porém, que o estudo teve limitações, das quais destacaríamos o escasso número de participantes, que não permitiu ilações robustas e nos colocou algumas vezes dificuldades na interpretação de resultados pouco claros. Volvidos doze anos, o número de participantes reduziu dos 198 iniciais para 53, devido a desistências e a perdas de informações que impediram retomar o contato. Por outro lado, as 53 participantes avaliadas foram divididas em dois grupos, tendo por base o diagnóstico de

depressão obtido na SADS-L aos 12 meses pós-parto, contudo aos 6 anos pós-parto apenas 8 destas mulheres apresentavam diagnóstico de depressão de acordo com a SADS-L. Este facto poderá, em parte, explicar a falta de significância estatística dos nossos resultados, bem como a falta de significado clínico.

Apesar destas limitações, pensamos que o presente estudo constitui uma mais valia no contexto da investigação nacional e internacional, devido não só ao elevado número de sujeitos e de variáveis avaliadas, mas também pelo período envolvido no seguimento.

Será de ressaltar que a relativa escassez de estudos relativamente às implicações da DPN a médio e longo prazo (concretamente, na adolescência) obriga a uma revisão da literatura mais fina e aprofundada.

Em suma, a participação nesta investigação revelou-se uma experiência positiva e de enorme aprendizagem para mim própria. Assim como, espero que seja proveitosa, uma vez que os dados obtidos, nas avaliações anteriores, vão de encontro ao referido em diversos estudos internacionais, demonstrando que é possível antecipar o que ocorrerá com determinados pacientes. Sendo possível encontrar um modo de auxílio às famílias de modo a que esta perturbação seja evitada ou minimizada e que as repercussões a nível da saúde física e mental dos filhos sejam estagnadas.

Bibliografia

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V.S., Machado, B.C. & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA), para o período pré-escolar e escolar*. Psiquilíbrios Edições. 1ª edição.
- Agnafors, S., Sydsjö, G., DeKeyser, L., & Svedin, C. G. (2013). Symptoms of Depression Postpartum and 12 years Later-Associations to Child Mental Health at 12 years of Age. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3): 405–414. doi:10.1007/s10995-012-0985-z.
- Alvarenga, P., Paixão, C., Soares, Z. F. & Silva, A. C. S. (2018). Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Psico*, 49(3), 317. doi:10.15448/1980-8623.2018.3.28475
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 4º edição.
- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R.P. & Feldman, R. (2013). Impact of Maternal Depression Across the First 6 Years of Life on the Child's Mental Health, Social Engagement, and Empathy: The Moderating Role of Oxytocin. *Am J Psychiatry*. 170, 1161–1168. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12121597.
- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*. 169, 30-35. doi: 10.1192/bjp.169.1.30
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996a). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169: 36-41. doi: 10.1192/bjp.169.1.36.

- Ashman S.B., Dawson G., Panagiotides H., Yamada E. & Wilkinson C.W. (2002). *Stress hormone levels of children of depressed mothers*. *Develop Psychopathol*,14:333–349.
- Avan, B., Richter, L. M., Ramchandani, P. G., Norris, S. A., & Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children’s growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood*, 95(9), 690–695. doi:10.1136/adc.2009.164848
- Bagner, D.M., Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: A sensitive period? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatric*. 49 (7), 699-707.
- Barker, E., Jaffee, S.R., Uher, R. & Maugham, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*. 28, 696–702.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother Infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 139–148.
- Branstetter, S.A, Furman, W. & Cottrell L. (2009). The influence of representations of attachment, maternal-adolescent relationship quality, and maternal monitoring on adolescent substance use: a 2-year longitudinal examination. *Child Development* Sep-Oct;80(5):1448-62. doi: 10.1111/j.1467-8624.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., & Le Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology, and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1075–1085. doi:10.1037/0022-006x.70.5.1075
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. *Harvard University Press*.

- Chung, E. K., McCollum, K. F., Elo, I. T., Lee, H.J. & Culhane, J.F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low income women. *Pediatrics*, 113, e523–e529.
- Closa-Monasterolo, R., Gispert-Llaurado, M., Canals, J., Luque V., Zaragoza-Jordana, M., Koletzko, B., Grote, V., Weber, M., Gruszfeld, D., Szott, K., Verduci, E., ReDionigi, A., Hoyos, J., Brasselle, G. & Escribano S.J. (2017) The Effect of Postpartum Depression and Current Mental Health Problems of the Mother on Child Behaviour at Eight Years. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7), 1563–1572. DOI:10.1007/s10995-017-2288-x.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 407–417. doi:10.1016/j.infbeh.2005.03.004.
- Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Couto T.C., Brancaglioni M.Y., Alvim-Soares A., Moreira L., Garcia F.D., Nicolato R., Aguiar, R., Leite, H. & Correa, H. (2015). Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World journal of psychiatry*, (1):103-11.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*. 24(4), 441–459.
- Felitti, V.J., Anda, R.F, Nordenberg, D., Williamson, M.S., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior Development* 33: 1-6.

- Flaherty, E.; Thompson, R., Litrownik, A.J., Theodore, A., English, D.J., Black, M.M., Wike, T., Whimper, L., Runyan, D.K. & Dubowitz, H. (2006). Effect of Early Childhood Adversity on Child Health. *American Medical Association*.
- Flaherty, E.; Thompson, R., Litrownik, A.J., Zolotor, A.J, Dubowitz, H, Runyan, D.K., English, D.J. & Everson, M.D. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at age 12. *Academic Pediatric Association*.
- Gonçalves, M.P. (2010). *Aspectos psicossociais e neuro-humorais da Depressão pós-natal no homem*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto Portugal
- Gonçalves, M.P., Teixeira, F., Monteiro, A., Fonseca, E. & Areias, M.E.G.. (2010). Postnatal Depression in Mothers and Fathers: correlation with psychosocial and hormonal variables. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), S24., doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 45(1), 26-35.
- Grigorenko, E., Geiser, C., Slobodskaya, H., & Francis, D. (2010). Cross-Informant Symptoms From CBCL, TRF, and YSR: Trait and Method Variance in a Normative Sample of Russian Youths. *Psychological Assessment*, 22(4), 893-911.
- Halligan, S.L., Herbert, J., Goodyer, I.M. & Murray, L. (2004) Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biological Psychiatry* 55, 376–81.
- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 253-258.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A. & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871–889

- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39, 1083-1094.
- Hay, D.F., Pawbly, S., Waters, C.S. & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(10), 1079–1088.
- Hentel, A., Beebe, B. & Jaffe, J. (2000). Maternal depression at 6 weeks is associated with infant self-comfort at 4months. Poster presented at the *International Conference on Infant Studies*, Brighton.
- Herrera, E., Reissland, N. & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal childdirected speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *J Affect Disord* 81: 29-39.
- Kaisa, A., & Jari-Erik, N. (2005). The role of parenting styles in children’s problem behavior. *Child Development*. 76, 1144–1159.
- Kaplan, P.S., Sliter, J.K. & Burgess, A.P. (2007) Infant-directed speech produced by fathers with symptoms of depression: Effects on infant associative learning in a conditioned-attention paradigm. *Infant Behavior and Development* 30: 535- 545.
- Kingston D. & Tough S. (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Maternal and child health journal*, 18(7):1728–41. doi: 10.1007/s10995-013-1418-3
- Koch, S., Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L., & Arteche, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father–infant interaction: The mediating role of face processing. *Infant Mental Health Journal*. doi:10.1002/imhj.21769.
- Koenen, K.C., Moffit, T.E., Poulton, R., Martin, J. & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort.. *Psychological Medicine*, 37(02), 181. doi:10.1017/s0033291706009019 .

- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2013). Maternal depressive symptoms: Associations with adolescents' internalizing and externalizing problems and social competence. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68(5), 323–332. DOI: 10.3109/08039488.2013.838804.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British Journal of Psychiatry*. 144(1), 35–47. doi:10.1192/bjp.144.1.35
- Lee, E. J., & Stone, S. I. (2012). Co-Occurring Internalizing and Externalizing Behavioral Problems: The Mediating Effect of Negative Self-Concept. *J Youth Adolescence*, 41, 717-731.
- Lewis, G., Neary, M., Polek, E., Flouri, E., & Lewis, G. (2017). The association between paternal and adolescent depressive symptoms: evidence from two population-based cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 920–926. doi:10.1016/s2215-0366(17)30408-x
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367–1374. doi:10.1097/00004583-200112000-00006
- Luoma, I., Puura, K., Mäntymaa, M., Latva, R., Salmelin, R. & Tamminen, T. (2013) Father's postnatal depressive and anxiety symptoms: An exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors. *Nord J Psychiatry*. 67, 407 – 413.
- Michel, G.F. & Tyler, A.N. (2005) Critical period: a history of the transition from questions of when, to what, to how. *Dev Psychobiol* 46:156– 162.
- Milgrom, J., Westley, D. & Gemmill, A. (2004) The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior and Development*, 27, 443-454.
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K.B. & Swartz, K. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 115, 306–314.

- Monteiro, A. (2009). *Depressão Parental e seus Efeitos no Desenvolvimento Cognitivo, Psicomotor, Físico e de Saúde dos Bebês no Primeiro Ano de Vida*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Monteiro, A., Areias, M.E.G, Teixeira, F., Gonçalves, M.P. & Fonseca, E.. (2010). Impact of Parental Depression over Cognitive and Psychomotor Development of Babies during the First Year of Life. *Arch Womens Ment Health* 14(1), S76. doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Moreira, D.C.S.A. (2019). *As implicações da Depressão Pós-Natal – Estudo de Follow-up*. Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
- Morrell, J. & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 489-508.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 543–561
- Murray, L., Halligan, S.L., Adams, G., Patterson, P., & Goodyer, I.M. (2006). Socioemotional development in adolescents at risk for depression: The role of maternal depression and attachment style. *Development & Psychopathology*, 18, 489–516.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T. & Cooper, P. (2010) The effects of Maternal Postnatal Depression and Child Sex on Academic Performance at Age 16 years: a developmental approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1150-1159.
- Murray, L., Halligan, S. L. & Cooper, P.J. (2010) *Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development*. In G. Bremner and T. Wachs (Eds.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development* (pp. 192-220)
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, 460–70.
- Patel, V., DeSouza, N. & Rodrigues, M. (2003) Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* ;88:34.

- Paykel, E. S. (1997). The interview for recent life events. *Psychological Medicine*, 27(2), 301–310. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004424>
- Pitt, B. (1968) “Atypical” depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor , T.G. & ALSPAC. (2005) Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The lancet*, Vol.365.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A. & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75–83
- Rocha, J. (2014). *Depressão Pós-Natal – Morbilidade psiquiátrica no casal, desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial na criança*. Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research*, Vol. 4 . Chicago: University of Chicago Press.
- Schmidt, E.B., Picoloto, N.M.; & Müller, M.C. (2005). *Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil*. *PsicoUSF*, v.10, n.1, 61-68.
- Schinke, S. P., Fang, L., & Cole, K. C. A. (2008). Substance Use Among Early Adolescent Girls: Risk and Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 191–194. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.12.014
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L. & Ramchandani, P.G. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions. *Parent Sci Pract*. 15, 1-8.
- Shonkoff, J. P. & Phillips, D.A. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sinclair, D., & Murray, L. (1998). Effects of postnatal depression on children’s adjustment to school. *British Journal of Psychiatry*. 172(01), 58–63. DOI:10.1192/bjp.172.1.58.
- Soares, I., Gonçalves, M., Simões, M., Baptista, A., Marujo, H., Lopes, J., Pereira, E., Gouveia, J., Farate, C., Figueiredo, B., Relvas, A. & Alarcão, M. (2000).

Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in)Adaptativas ao longo da Vida. Quarteto Editora.

- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46–52
- Sutter-Dallay, A. L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M. L. & Verdoux, H. (2011). A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European Psychiatry*, 26, 484–489.
- Teixeira, F.S. (2011). *La depression postnatal en las mujeres: etiología y consecuencias psicosociales.* Universitat de València.
- Teixeira, F., Gonçalves, M.P., Monteiro, A., Fonseca, E. & Areias, M.E.G.. (2010). Incidence and prevalence of Depression in women and men, during Pregnancy and after Childbirth: Comparing the likelihood to be depressed in subsamples of previously severely depressed and without history of depression. *Arch Womens Ment Health* 14(1), S53, doi 10.1007/s00737-010-0203-1.
- Thomas, J. M., & Guskin, K. A. (2001). Disruptive behavior in young children: What does it mean? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 44-51. DOI: 10.1097/00004583-200101000-00015
- Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P. G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *The Lancet Psychiatry*. 1(6), 454–460. DOI: 10.1016/s2215-0366(14)70361-x.
- Zajicek-Farber, M. L. (2009). Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 236–245.

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

Código:

Data: ____/____/____

Código do/a avaliador/a:

A Depressão Pós-Natal é uma perturbação que ocorre num elevado número de casais a seguir ao nascimento de um filho e que tem um impacto significativo sobre a saúde psicológica e o ajustamento das famílias.

Na sequência da sua importante colaboração anterior, gostaríamos de lhe solicitar que participasse nesta fase de seguimento das famílias que permitirá analisar, de forma científica, as consequências de longo prazo da perturbação, planeando as estratégias e os recursos comunitários que devem estar disponíveis para melhor ajudar as pessoas afetadas.

Como anteriormente referimos, este estudo obedece a uma estrita salvaguarda da confidencialidade dos dados recolhidos, associados a um código apenas conhecido pelos investigadores. No entanto se, mais tarde, quiser dispor de informação clínica recolhida no decurso do estudo, garantimos a nossa disponibilidade para o fazer.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo II – Questionário de Identificação

Código: _____
Data: ____/____/____
Código do/a avaliador/a: _____

Atualização de Dados (Mãe)¹

Nome : _____
Morada: _____
Localidade: _____ Contacto: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____
Nível Escolar: _____ Profissão: _____
Nº de filhos: _____ Situação face a emprego: _____
Idades dos filhos: _____
Vive com o pai do seu filho? _____

Hábitos e Saúde (últimos seis meses)

	Não	Sim	
Fuma?			Quantos cigarros por dia?
Bebe bebidas alcoólicas? Quais: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação com prescrição? Qual: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação sem prescrição? Qual: _____			Quantidade por dia?
Consome outras substâncias psicoativas Quais: _____			Quantidade por dia?
Faz algum desporto ou tem alguma atividade física?			Com que regularidade?
Observações			

¹ Preencher previamente toda a informação disponível no processo.

Código: _____
Data: ____/____/____
Código do/a avaliador/a: _____

Atualização de Dados (Pai)¹

Nome : _____
Morada: _____
Localidade: _____ Contacto: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____
Nível Escolar: _____ Profissão: _____
Situação face a emprego: _____

Hábitos e Saúde (últimos seis meses)

	Não	Sim	
Fuma?			Quantos cigarros por dia?
Bebe bebidas alcoólicas? Quais: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação com prescrição? Qual: _____			Quantidade por dia?
Toma medicação sem prescrição? Qual: _____			Quantidade por dia?
Consome outras substâncias psicoativas Quais: _____			Quantidade por dia?
Faz algum desporto ou tem alguma atividade física?			Com que regularidade?
Observações			

¹ Preencher previamente toda a informação disponível no processo.

Anexo III – Youth Self-Report

Questionário de Auto-Avaliação para Jovens – YSR 11-18
 ©Copyright T.M. Achenbach 2001. Reproduced under License #734-07-20-12
 ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-9456

Por favor, escreva em letra **MAIÚSCULA**

Para uso oficial
 ID n.º _____

Nome _____		Apelido _____		Ocupação dos pais, mesmo que atualmente não trabalhem. Por favor, seja específico (por exemplo, mecânico, professor, dona de casa, comerciante de calçado, sargento no Exército). Profissão do pai: _____ Profissão da mãe: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Idade: _____ anos	Nacionalidade: _____		
Data de nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____		Data de preenchimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____			Por favor, preenche este questionário refletindo sobre o teu ponto de vista em relação ao teu comportamento, mesmo que outras pessoas não concordem com as tuas respostas. Sê-te livre para escrever informação adicional à frente de cada item e nos espaços para o efeito. Assegura-te de que respondes a todos os itens.
Ano de escolaridade: _____		Se trabalhares, especifica o que fazes: _____ _____			
Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>					

I Por favor enumera os desportos que mais gostas de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc. <input type="checkbox"/> Não pratico nenhum desporto a. _____ b. _____ c. _____	Tempo – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?			Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?		
	Menos	Médio	Mais	Menos	Médio	Mais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II Por favor enumera os teus passatempos, atividades e jogos favoritos que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não incluas aqui rádio ou tv.) <input type="checkbox"/> Não tenho nenhum passatempo, atividade ou jogo a. _____ b. _____ c. _____	Tempo – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, passas aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?			Competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues sair-te bem em cada um?		
	Menos	Médio	Mais	Menos	Médio	Mais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Por favor enumera quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que pertences. <input type="checkbox"/> Não pertences a nenhuma organização, clube ou grupo a. _____ b. _____ c. _____	Grau de atividade – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau és ativo em cada um?					
	Menos	Médio	Mais	Menos	Médio	Mais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Por favor enumera quaisquer empregos ou tarefas que tenhas habitualmente. Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc. <input type="checkbox"/> Não faço nenhuma tarefa a. _____ b. _____ c. _____	Grau de competência – Em comparação com outros rapazes ou raparigas da tua idade, em que grau consegues desempenhá-los bem?					
	Menos	Médio	Mais	Menos	Médio	Mais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAIQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

V 1. Tens aproximadamente quantos(as) amigos(as) íntimos(as)? (Não incluir irmãos ou irmãs)
 Nenhum 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. Aproximadamente quantas vezes por semana é que fazes alguma coisa com eles(as)? (Não incluir irmãos ou irmãs)
 Menos que uma vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI Em comparação com outros rapazes e raparigas da tua idade, até que ponto consegues relacionar-te com as seguintes pessoas

	Pior	Médio	Melhor	<input type="checkbox"/> Não tenho irmão
a. Consigo relacionar-me adequadamente com os meus irmãos e irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Consigo relacionar-me adequadamente com outros rapazes e raparigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consigo comportar-me adequadamente em relação aos meus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consigo divertir-me e trabalhar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII Relativamente a cada uma das disciplinas escolares abaixo mencionadas indica como têm sido os teus resultados a cada uma delas: Não frequento a escola porque _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras disciplinas escolares por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tens alguma doença ou deficiência física? Não Sim Se sim, qual? _____

Por favor, indica se tens algum problema na escola e descreve-o.

Descreve qualquer preocupação que tenhas.

Por favor, descreve o que tens de melhor.

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIO INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO ARGUMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILÍCITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de rapazes e raparigas. Lê cada uma delas e indica até que ponto elas descrevem a maneira como tu és ou tens sido durante os últimos 6 meses. Por favor, responde a todas as descrições o melhor que possas, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exatamente. Assinala/circunda no 2 se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou **MUITAS VEZES VERDADEIRA** em relação a ti; assinala/circunda no 1 se a afirmação é **DE ALGUMA FORMA** OU **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA**; Se a afirmação **NÃO FOR VERDADEIRA**, assinala/circunda no 0. **SUBLINHA QUALQUER UMA QUE TE PREOCUPE.**

0 = Não é verdadeira 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira 2 = Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

0 1 2	1. Comporto-me de uma maneira demasiado infantil para a minha idade	0 1 2	39. Ando com rapazes ou raparigas que se metem em sonhos
0 1 2	2. Consumo álcool sem o consentimento dos meus pais (descreve) _____	0 1 2	40. Ouço sons ou vozes que não existem (descreve) _____
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2	41. Ajo sem pensar; sou impulsivo(a)
0 1 2	4. Não consigo acabar as coisas que começo	0 1 2	42. Gosto mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0 1 2	5. Não há muitas coisas de que gosto	0 1 2	43. Minto ou faço batota
0 1 2	6. Gosto de animais	0 1 2	44. Roo as unhas
0 1 2	7. Sou fanfarrão ou gabarola	0 1 2	45. Sou nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0 1 2	8. Não consigo concentrar-me, não consigo estar atento(a) durante muito tempo	0 1 2	46. Tenho tiques ou movimentos nervosos nalgumas partes do corpo (descreve) _____
0 1 2	9. Não consigo afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreve) _____	0 1 2	47. Tenho pesadelos
0 1 2	10. Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)	0 1 2	48. Os outros rapazes ou raparigas não gostam de mim
0 1 2	11. Sou demasiado dependente dos adultos	0 1 2	49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que a maior parte dos rapazes ou raparigas
0 1 2	12. Sinto-me só	0 1 2	50. Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	13. Sinto-me confuso(a), desorientado(a) ou como se estivesse num tenebreiro	0 1 2	51. Tenho lanturas
0 1 2	14. Choro muito	0 1 2	52. Sinto-me demasiado culpado(a)
0 1 2	15. Sou muito honesto(a)	0 1 2	53. Como demasiado
0 1 2	16. Sou mau/má para as outras pessoas	0 1 2	54. Sinto-me excessivamente cansado(a)
0 1 2	17. Sorrio muitas vezes acordado(a)	0 1 2	55. Tenho peso a mais
0 1 2	18. Magoo-me de propósito ou já tentei matar-me	0 1 2	56. Tenho problemas físicos gem causa médica conhecida:
0 1 2	19. Tento que me deem muita atenção	0 1 2	a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0 1 2	20. Destruo as minhas coisas	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	21. Destruo coisas da minha família ou de colegas	0 1 2	c. Náuseas, enjoos
0 1 2	22. Desobedeço aos meus pais	0 1 2	d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreve) _____
0 1 2	23. Sou desobediente na escola	0 1 2	e. Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0 1 2	24. Não como tão bem como devia	0 1 2	f. Dores de estômago ou cólicas
0 1 2	25. Não me dou bem com os outros jovens	0 1 2	g. Vômitos
0 1 2	26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não devia	0 1 2	h. Outros problemas (descreve) _____
0 1 2	27. Tenho ciúmes dos outros ou sou invejoso(a)	0 1 2	57. Agrido fisicamente outras pessoas
0 1 2	28. Quebro as regras em casa, na escola ou noutros locais	0 1 2	58. Arranco coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreve) _____
0 1 2	29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreve) _____	0 1 2	59. Posso ser muito amigável
0 1 2	30. Tenho medo de ir para a escola	0 1 2	60. Gosto de experimentar coisas ou situações novas
0 1 2	31. Tenho medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0 1 2	61. O meu trabalho escolar é fraco
0 1 2	32. Sinto que tenho de ser perfeito(a)	0 1 2	62. Tenho má coordenação; sou desajeitado(a) ou desastrado(a)
0 1 2	33. Sinto que ninguém gosta de mim	0 1 2	63. Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais velhos(as) do que eu
0 1 2	34. Sinto que os outros andam atrás de mim para me apanhar; sinto-me perseguido(a)	0 1 2	64. Prefiro andar com rapazes ou raparigas mais novos(as) do que eu
0 1 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior aos outros	0 1 2	65. Recuso-me a falar
0 1 2	36. Magoo-me muito em acidentes	0 1 2	66. Repito várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tenho compulsões (descreve) _____
0 1 2	37. Meio-me em muitas lutas/brigas		
0 1 2	38. Fazem pouco de mim frequentemente		

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARGUMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTA PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA VIOLACÃO À LEI DA LÍNGUA PORTUGUESA.

0 1 2	67. Fujo de casa	0 1 2	87. Tenho mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0 1 2	68. Grito muito	0 1 2	88. Gosto de estar com outras pessoas
0 1 2	69. Sou reservado(a), guardo as coisas para mim mesmo(a)	0 1 2	89. Sou desconfiado(a)
0 1 2	70. Vejo coisas que mais ninguém parece ser capaz de ver (descreve) _____	0 1 2	90. Digo palavrões ou uso linguagem obscena
0 1 2	71. Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à-vontade	0 1 2	91. Penso em matar-me
0 1 2	72. Provoco fogos	0 1 2	92. Gosto de fazer rir os outros
0 1 2	73. Consego trabalhar bem com as minhas mãos; faço bem trabalhos manuais (descreve) _____	0 1 2	93. Falo demasiado
0 1 2	74. Gosto de me "exibir" ou de "fazer palhaçadas"	0 1 2	94. Anelo muito os outros
0 1 2	75. Sou envergonhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	95. Tenho um temperamento exaltado
0 1 2	76. Durmo menos que a maior parte dos rapazes ou raparigas	0 1 2	96. Penso demasiado em sexo
0 1 2	77. Durmo mais do que a maior parte dos rapazes ou raparigas, durante o dia e/ou durante a noite (descreve) _____	0 1 2	97. Ameaço magoar/enferir as pessoas
0 1 2	78. Sou desalentado(a), desânio-me facilmente	0 1 2	98. Gosto de ajudar os outros
0 1 2	79. Tenho problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreve) _____	0 1 2	99. Consumo tabaco
0 1 2	80. Luto pelos meus direitos	0 1 2	100. Tenho dificuldades em dormir (descreve) _____
0 1 2	81. Roubo coisas em casa	0 1 2	101. Falto às aulas ou à escola
0 1 2	82. Roubo coisas fora de casa	0 1 2	102. Não tenho muita energia
0 1 2	83. Acumulo coisas de que não preciso (descreve) _____	0 1 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	84. Faço coisas que as outras pessoas acham estranhas (descreve) _____	0 1 2	104. Falo mais alto do que a maior parte dos rapazes e raparigas
0 1 2	85. Tenho pensamentos ou ideias que as outras pessoas acham estranhas (descreve) _____	0 1 2	105. Consumo drogas sem razões médicas (descreve) _____
0 1 2	86. Sou leimoso(a)	0 1 2	106. Tento ser justo com os outros
		0 1 2	107. Gosto de viver boa anedota
		0 1 2	108. Gosto de viver tranquilamente, sem grandes preocupações
		0 1 2	109. Procuro ajudar as outras pessoas sempre que posso
		0 1 2	110. Desejava ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Evito envolver-me com os outros
		0 1 2	112. Preocupo-me muito

Por favor, indica qualquer coisa que possa descrever os teus sentimentos, o teu comportamento ou os teus interesses:

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUALQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

Anexo IV – Child Behaviour Checklist 6-18

Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18
 ©Copyright T.M. Achenbach 2001. Reproduced under License #734-07-20-12
 ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456.

Por favor, escreva em letra MAIÚSCULA

Para uso oficial

ID n.º _____

Nome da criança _____		Apelido _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: _____ anos	Nacionalidade _____	
Data de nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____	Data de preenchimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____		
Ano de escolaridade: _____	Preenchido por (Nome completo): _____		
Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe biológica	<input type="checkbox"/> Pai biológico	
	<input type="checkbox"/> Mãe adotiva	<input type="checkbox"/> Pai adotivo	
	<input type="checkbox"/> Avó	<input type="checkbox"/> Avô	
	<input type="checkbox"/> Outro:		

Ocupação dos pais, mesmo que atualmente não trabalhem. Por favor seja específico (por exemplo: mecânico, professor, dona de casa, comerciante de calçado, sargento no Exército).
 Profissão do pai: _____
 Profissão da mãe: _____

Por favor responda a este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas. Sinta-se livre para escrever informação adicional à frente de cada item e no espaço para o efeito na página 2.
Assegure-se de que respondeu a todos os itens.

I Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

Não pratica nenhum desporto

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desporto. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (Não inclui ouvir rádio ou ver televisão).

Nenhum passatempo, atividade ou jogo

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Tempo – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho(a) pertença.

Não pertence a nenhuma organização, clube ou grupo

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Grau de atividade – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau é ativo em cada um?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho(a). Por exemplo: dar explicações, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc.

Não desempenha nenhuma tarefa

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Grau de competência – Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não sei | Menos | Médio | Mais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUALQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA ILICITUDE À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

V 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) irmãos(as)? (Não inclui irmãos ou irmãs)

Nenhum 1 amigo 2 ou 3 amigos 4 ou mais amigos

2. O seu filho(a) tem atividades com os amigos(as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (Não inclui irmãos e irmãs)

Menos que 1 vez 1 ou 2 vezes 3 ou mais vezes

VI. Em comparação com outras crianças/jovens da mesma idade, até que ponto o seu filho(a) consegue relacionar-se com as seguintes pessoas?

	Pior	Médio	Melhor	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças/jovens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consegue divertir-se e trabalhar por si próprio(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII Relativamente a cada uma das disciplinas escolares abaixo mencionadas, indique como têm sido os resultados do(a) seu/sua filho(a) em cada uma delas:

Não frequenta a escola porque _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras disciplinas escolares por exemplo: Físico-Química, Biologia, Geografia, Educação Visual.

e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

Não Sim

Que tipo de estabelecimento ou classe? _____

O seu filho(a) repetiu algum ano?

Não Sim

Qual e porquê? _____

O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

Não Sim

Que tipo de problema? _____

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? _____

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou mental?

Não Sim

Descreva-a por favor _____

O que o(a) preocupa mais no/na seu/sua filho(a)? _____

Por favor, descreva o que o(a) seu/sua filho(a) tem de melhor: _____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou **tem sido durante os últimos 6 meses**. Assinale/circunde no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou MUITAS VEZES VERDADEIRA, Assinale/circunde no 1 se a afirmação é DE ALGUMA FORMA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA; Se a descrição NÃO É VERDADEIRA, Assinale/circunde no 0. Por favor, responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

0 = Não é verdadeira 1 = De alguma forma ou algumas vezes verdadeira 2 = Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

0	1	2	1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade	0	1	2	38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
0	1	2	2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva)	0	1	2	39. Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos
0	1	2	3. Discute muito	0	1	2	40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva)
0	1	2	4. Não consegue acabar as coisas que começa	0	1	2	41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
0	1	2	5. Não há muitas coisas de que goste	0	1	2	42. Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)
0	1	2	6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa de banho	0	1	2	43. Mentir ou faz batoia
0	1	2	7. É fanfarrão ou gabarola	0	1	2	44. Rói as unhas
0	1	2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo	0	1	2	45. É nervoso(a), irritável ou tenso(a)
0	1	2	9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva)	0	1	2	46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva)
0	1	2	10. Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou inquieto(a)	0	1	2	47. Tem pesadelos
0	1	2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0	1	2	48. As outras crianças/jovens não gostam dele(a)
0	1	2	12. Queixa-se de solidão	0	1	2	49. Tem prisão de ventre, obstipação
0	1	2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)	0	1	2	50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
0	1	2	14. Chora muito	0	1	2	51. Sente tonturas
0	1	2	15. É cruel com os animais	0	1	2	52. Sente-se demasiado culpado(a)
0	1	2	16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mauzinho para os outros	0	1	2	53. Come demasiado
0	1	2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0	1	2	54. Cansa-se demasiado
0	1	2	18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0	1	2	55. Tem peso a mais
0	1	2	19. Exige muita atenção	0	1	2	56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	20. Destroí as suas próprias coisas	0	1	2	a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)
0	1	2	21. Destroí as coisas da sua família ou de outras crianças	0	1	2	b. Dores de cabeça
0	1	2	22. É desobediente em casa	0	1	2	c. Náuseas, enjoos
0	1	2	23. É desobediente na escola	0	1	2	d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva)
0	1	2	24. Não come bem	0	1	2	e. Irritações de pele/borbulhas ou outros problemas de pele
0	1	2	25. Não se dá bem com outras crianças	0	1	2	f. Dores de estômago ou cólicas
0	1	2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal	0	1	2	g. Vômitos
0	1	2	27. Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)	0	1	2	h. Outros problemas (descreva)
0	1	2	28. Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais	0	1	2	57. Agride fisicamente outras pessoas
0	1	2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva)	0	1	2	58. Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo (descreva)
0	1	2	30. Tem medo de ir para a escola	0	1	2	59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
0	1	2	31. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0	1	2	60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
0	1	2	32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0	1	2	61. O seu trabalho escolar é fraco
0	1	2	33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	0	1	2	62. Tem má coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)
0	1	2	34. Sente que os outros andam atrás de dele(a) para o(a) apanhar; Sente-se perseguido(a)	0	1	2	63. Prefere andar com crianças/jovens mais velhos(as)
0	1	2	35. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0	1	2	64. Prefere andar com crianças/jovens mais novos(as)
0	1	2	36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0	1	2	65. Recusa-se a falar
0	1	2	37. Mete-se em muitas lutas/brigas	0	1	2	66. Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva)

DIREITOS RESERVADOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR. ESTE QUESTIONÁRIO NÃO PODE SER REPRODUZIDO POR TODOS E QUAISQUER MEIOS, INDEPENDENTEMENTE DOS MOTIVOS E OBJETIVOS (INCLUINDO ACADÉMICOS, CONSULTAS, INVESTIGAÇÃO), SENDO IGUALMENTE NÃO AUTORIZADO O ARQUIVAMENTO EM QUALQUER SISTEMA OU BASE DE DADOS. CASO ESTE QUESTIONÁRIO NÃO ESTEJA ESCRITO A AZUL, ESTÁ PERANTE UMA CÓPIA NÃO AUTORIZADA, O QUE CONSTITUI UMA VIOLACÃO À LUZ DA LEI PORTUGUESA.

0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	92. Fala ou anda durante o sono (descreva) _____
0 1 2	69. É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	0 1 2	93. Fala demasiado
0 1 2	70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes. (descreva) _____	0 1 2	94. Ameia muito os outros
0 1 2	71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade	0 1 2	95. Tem birras, temperamento exaltado
0 1 2	72. Provoca fogos	0 1 2	96. Pensa demasiado em sexo
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva) _____	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	74. Gosta de se "exibir" ou de "fazer palhaçadas"	0 1 2	98. Chupa no dedo
0 1 2	75. É envergonhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	99. Consome tabaco
0 1 2	76. Dorme menos que a maior parte das crianças	0 1 2	100. Tem dificuldades em dormir (descreva) _____
0 1 2	77. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva) _____	0 1 2	101. Falta à escola sem razão (por "vadiagem")
0 1 2	78. É desatento(a), distrai-se facilmente	0 1 2	102. É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras (descreva) _____	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	80. Fica de olhar fixo e vazio	0 1 2	104. É involuntariamente banuherito(a)
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	105. Consome drogas sem razões médicas (descreva) _____
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	106. Comele atos de vandalismo
0 1 2	83. Acumula coisas de que não necessita (descreva) _____	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva) _____	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	85. Tem ideias estranhas (descreva) _____	0 1 2	109. Choramanga
0 1 2	86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
0 1 2	87. Tem mudanças repentinhas de disposição ou sentimentos	0 1 2	111. Isola-se, não se envolve nem estabelece relações com os outros
0 1 2	88. Amua muito	0 1 2	112. É preocupado(a)
0 1 2	89. É desconfiado(a)	0 1 2	113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido referidos: _____ _____ _____
0 1 2	90. Diz palavras ou usa linguagem obscena		

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.
Sublinhe as que o(a) preocupam de um modo particular.