

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

**OS ESTILOS DE AMOR DE MULHERES JOVENS, SUA RELAÇÃO COM O
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E COM O DESENVOLVIMENTO SÓCIO-
EMOCIONAL DE SEUS FILHOS**

Doutoranda: Denise Müller Böhm

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Co-orientadora: Prof. Dra. Luciana de Ávila Quevedo

Pelotas, maio de 2016.

DENISE MÜLLER BÖHM

Os estilos de amor de mulheres jovens, sua relação com o transtorno depressivo maior e com o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Co-orientadora: Luciana de Ávila Quevedo

Pelotas

2016

DENISE MÜLLER BÖHM

**OS ESTILOS DE AMOR DE MULHERES JOVENS, SUA RELAÇÃO COM O
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E COM O DESENVOLVIMENTO SÓCIO-
EMOCIONAL DE SEUS FILHOS**

BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1º Examinador Prof. Dr. Alfredo Cardoso Lhullier

2º Examinador Profa. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro

3º Examinador Prof. Dr. Luciano Dias Mattos de Souza

Pelotas, 16 de maio de 2016.

Agradecimentos

Às mães e seus filhos participantes da pesquisa devo meu maior agradecimento. Seu engajamento neste trabalho possibilitou, além de dados preciosos, uma experiência de troca pessoalmente e profissionalmente enriquecedora durante o trabalho de campo, seja na avaliação do estado mental da mãe, seja na avaliação do desenvolvimento da criança. Entre tantas díades, cada uma revelou arranjos e interações singulares me mostrando um universo de possibilidades na relação entre uma mãe e seu bebê.

Agradeço à CAPES, CNPq e especialmente à FAPERGS (provedora de minha bolsa de estudos de doutorado) pelo financiamento e fomento à pesquisa.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro, por acolher minhas intenções de pesquisa e pela compreensão e incentivo diante das “novidades” que a vida apresentou no percurso deste doutorado.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Luciana de Ávila Quevedo pelo seu apoio, referência constante e contribuições intelectuais e afetivas, na idealização e realização deste trabalho.

Às colegas psicólogas do desenvolvimento infantil Mariana Bonati, Rochele Castelli, Mariane Lopes, Graciela Espírito Santo, Natália Dias e Mariane Carret que compartilharam com parceria e qualidade técnica a desafiadora tarefa da avaliação das mães e dos seus bebês.

Aos bolsistas de iniciação científica que com muita competência trabalharam na coleta, digitação e codificação de dados e que, principalmente, colaboraram para que pudéssemos administrar os instrumentos da forma mais tranquila e efetiva possível.

À banca, Prof. Dr. Alfredo Cardoso Lhullier, Profa. Dra. Karen Amaral Tavares Pinheiro e Prof. Dr. Luciano Dias Mattos de Souza, por aceitarem avaliar o meu trabalho.

Às pessoas que embora não citadas aqui merecem o meu agradecimento por ser parte importante desta engrenagem como os professores, colegas e secretárias do programa de pós-graduação, os funcionários da clínica psicológica da universidade e meus queridos amigos da vida.

Aos meus pais Regina e Claudio por todo amor dedicado e suporte despendido, de toda a ordem, para que esse empreendimento profissional fosse factível. Também aos meus irmãos Rafael, Betina e Luis Claudio por fazerem parte deste ninho e serem meus permanentes incentivadores.

Ao meu Eros, Nello, por compartilhar a vida comigo, me incentivar e apoiar para o crescimento profissional, me inspirar e instigar, mesmo sem querer, a entender mais sobre as relações de amor.

E, finalmente, ao fruto desse amor, minha filha Antonella, que aguentou firme e forte na barriga de uma mamãe muitas vezes preocupada e angustiada e que, sobretudo, trouxe a motivação para finalizar este trabalho mesmo em tempos difíceis.

RESUMO

Introdução: O amor constitui um tema de extrema relevância na vida humana e ainda que apareça como uma capacidade universal não é vivenciada da mesma maneira pelos diferentes indivíduos. Pode se manifestar em diferentes estilos e consistir em uma experiência afetiva saudável ou patológica. **Objetivos:** Verificar a associação e efeito do TDM nos estilos de amor de jovens mulheres e investigar se esses estilos se correlacionam com o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos. **Métodos:** O presente estudo é parte de uma pesquisa de coorte de gestantes adolescentes que realizaram pré-natal no Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas – RS. As jovens foram acompanhadas na gestação; no período entre 30 e 60 dias após o parto; e aproximadamente 30 meses após o parto, momento do presente estudo, quando foi avaliado também o desenvolvimento dos filhos. A Escala de Atitudes do Amor foi utilizada para avaliar os estilos de amor das jovens; a Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus, para diagnosticar a presença de TDM; e a escala sócio-emocional da Bayley Scales of Infant and Toddler Development – III para avaliar o desenvolvimento sócio-emocional das crianças. **Resultados:** Foi encontrada associação do transtorno depressivo maior com os estilos de amor Eros (baixo), $p = 0,012$; Mania (alto), $p = 0,004$; e Ágape (alto), $p = 0,037$; observando-se maior efeito do TDM quando este se apresentou de forma crônica, seguido pela sua manifestação no momento atual. Quanto ao desenvolvimento sócio-emocional dos filhos, as crianças cujas mães apresentavam o estilo de amor predominante Eros, revelaram um aumento na média da escala ($p = 0,015$), enquanto que, os filhos daquelas que apresentavam o estilo de amor predominante Mania, revelaram uma diminuição na média da escala ($p = 0,027$). **Conclusões:** O estilo de amor Mania foi o que se mostrou mais prejudicial por associar-se com a presença de TDM nas mulheres avaliadas como também com um menor desenvolvimento sócio-emocional de seus

filhos. Os achados deste estudo apontam para a necessidade de que os estilos de amor sejam considerados como mais um componente importante, indicador da saúde psicológica da mulher e que pode inclusive repercutir no desenvolvimento dos filhos e de toda a família.

Palavras-chave: estilos de amor, relacionamentos amorosos, transtorno depressivo maior, desenvolvimento sócio-emocional, relacionamento mães-filhos.

ABSTRACT

Introduction: Love constitutes an extremely relevant subject in human life. Although it appears like a universal capacity, love is not experienced in the same manner by everyone. It can be manifested by different styles and consists in a healthy or pathologic affective experience.

Objectives: To verify the association and effect of the major depressive disorder (MDD) in the love styles of young women, and investigate if these styles are correlated with the social-emotional development of their children. **Methods:** This study was conducted with a cohort of adolescent mothers who received prenatal assistance through the National Public Health System in southern Brazil. Women were assessed for MDD during pregnancy, at between 30 and 60 postpartum days, and at approximately 30 postpartum months, when the development of their children was also assessed. The Love Attitudes Scale was used to evaluate women's love styles; the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus tool to diagnose major depressive disorder; and the Bayley Scales of Infant and Toddler Development - III to assess children's social-emotional development. **Results:** It was found an association of MDD with the love styles Eros (low), $p = 0.012$; Mania (high), $p = 0.004$, and Agape (high), $p = 0,037$; chronic MDD had the largest effect on the love styles, followed by current MDD. Regarding infants' social-emotional development, children of mothers whose love style was predominantly Eros presented an increase in the mean of the scale ($p = 0.015$); a decrease in the mean of the scale was observed when the love style was predominantly Mania ($p = 0.027$). **Conclusions:** The Mania love style showed to be the most harmful style once it was associated with the presence of MDD in women and also with a lower social-emotional development of their children. The findings of this study indicate the necessity for love styles being considered as another important component of

women' psychological health; since they can even reflect in the development of the offspring and the whole family.

Keywords: love styles, love relationships, major depressive disorder, social-emotional development, mother-child relationship

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi elaborado como um requisito para a obtenção do grau de doutora em Saúde e Comportamento na Universidade Católica de Pelotas. Esta tese se desenvolveu dentro de um estudo maior intitulado “Impacto da Doença Mental Materna no Desenvolvimento e Comportamento Infantil: Estudo de Coorte”.

O material apresentado está disposto em três partes. A primeira parte consiste no projeto de pesquisa intitulado “Os estilos de amor de mulheres jovens, sua relação com o transtorno depressivo maior e com o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos” que está subdividido em Identificação, Delimitação do Problema, Revisão de Literatura, Métodos e Referências.

A segunda parte refere-se aos resultados obtidos no presente trabalho, apresentados sob o formato de artigos. O primeiro artigo é intitulado “**Chronic depression affects love styles: Data from a cohort study of adolescent mothers in Southern Brazil**” e o segundo é intitulado “**Association between women’s love styles and their infants’ social-emotional development at 30 months**”.

A terceira parte diz respeito às considerações finais e responde as hipóteses elaboradas para investigação, de acordo com os resultados alcançados, sintetizando o trabalho. Desta forma, busca-se responder os objetivos do estudo trazendo uma contribuição que possa auxiliar no entendimento deste tema.

SUMÁRIO

PARTE I - Projeto

1. Identificação.....	14
1.1 Título do estudo	14
1.2 Doutoranda	14
1.3 Orientador	14
1.4 Co-orientadora	14
1.5 Instituição	14
1.6 Linha de Pesquisa	14
2. Delimitação do Problema.....	15
2.1 Introdução:	15
2.2 Objetivos:	17
2.3 Hipóteses:	17
3. Revisão de literatura:	17
4. Métodos	21
4.1. Delineamento:	21
4.2 Amostra:.....	21
4.3 Procedimentos:.....	22
4.4 Instrumentos:	23
4.5 Definições das variáveis:	24
4.6 Pessoal envolvido:	26
4.7: Estudo-piloto.....	26
4.8 Controle de qualidade	27

4.9 Processamento e análise dos dados:	27
4.10 Considerações éticas:	27
5.Referências:	29
PARTE II - Artigos	
Primeiro Artigo da Tese.	34
Segundo artigo da Tese	55
PARTE III – Considerações Finais	
Considerações Finais	79
ANEXO A – Questionário - mãe	82
ANEXO B - Questionário - criança	84
ANEXO C - MINI Plus	86
ANEXO D – Consentimentos Livres e Esclarecidos relativos a mãe e a criança	89

PARTE I
PROJETO

1. Identificação

1.1 Título

A relação entre os estilos de amor de mulheres jovens com o transtorno depressivo maior e com o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos

1.2 Doutoranda

Denise Müller Böhm

1.3 Orientador

Ricardo Tavares Pinheiro

1.4 Co-orientadora

Luciana de Ávila Quevedo

1.5 Instituição

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento, Centro de Ciências da Vida e da Saúde, Universidade Católica de Pelotas

1.6 Linha de Pesquisa

Depressão pós-parto

2. Delimitação do problema

2.1 Introdução

O amor constitui um tema de extrema relevância na vida humana em qualquer cultura ou período histórico. Mesmo assim, o amor foi por muito tempo negligenciado pela comunidade científica. Possivelmente, a dificuldade em definir e delimitar o tema tenha uma parcela importante no interesse e produção científica tardia. Contudo, os estudos sobre o amor cresceram consideravelmente nas últimas décadas, de maneira que o amor começa a perder sua concepção de mistério ou ilusão (Berscheid, 2010; De Boer, Van Buel & Ter Horst, 2012; Reis e Aron, 2008). No Brasil, as pesquisas sobre o tema ainda são consideradas incipientes, versando sobre o amor na articulação com diferentes temas, bem como sobre o desenvolvimento e validação de escalas utilizadas internacionalmente, especialmente nos Estados Unidos, há algumas décadas (Martins-Silva, Trindade & Junior, 2013).

Para Buss (2006) o amor pode levar aos maiores picos de êxtase pessoal como, por outro lado, a sua perda pode conduzir aos horrores mais sombrios da natureza humana. Fromm (2000), em sua obra clássica “A Arte de Amar”, aborda o importante lugar que o amor ocupa: “Difícilmente haverá qualquer atividade, qualquer empreendimento que comece com tão tremendas esperanças e que, contudo, fracasse com tanta regularidade, quanto o amor.” (Fromm, 2000, p.13). Entretanto, o autor ressalta que apesar de toda a avidez que o homem dispõe pelo amor, pouca energia ele dedica para conhecer este sentimento.

Alguns sujeitos preocupam-se excessivamente a respeito do amor e outros o sentem de forma calma e fluída, alguns se dedicam extensivamente a um parceiro, enquanto outros não se sentem satisfeitos com um parceiro apenas. Torna-se evidente que o construto em questão não tem forma única; mesmo que apareça como uma capacidade universal, não é vivenciada da

mesma maneira pelos diferentes indivíduos (Waller & Shaver, 1994). Até a década de 1970 a compreensão sobre o amor ainda tinha base mais teórica do que empírica (Hendrick & Hendrick, 1986). Neste período, então, o sociólogo canadense John Allan Lee (1977) assume essa multiplicidade dos estilos de amar em suas pesquisas e propõe a categorização de três tipos básicos de amor: Eros – amor apaixonado; Storge – caracterizado por companheirismo e confiança; e Ludus – focado no “jogo”. Estes estilos combinados resultariam em três outros subtipos: Mania (Eros combinado com Ludus) – marcado pela possessividade; Pragma (Ludus combinado com Storge) – baseado em planejamento e critérios pré-estabelecidos e Ágape (Eros combinado com Storge) – amor altruísta. Cabe ressaltar que dentro desta perspectiva não há uma hierarquia entre os estilos e outras combinações são teoricamente possíveis. (Lee, 1977)

Entretanto, a experiência afetiva do amor nem sempre é satisfatória e saudável. Muitas vezes, o amor está relacionado a sentimentos exagerados de ciúmes, possessividade, insegurança, rejeição e baixa autoestima, por exemplo. Possivelmente, certos estilos de amor estejam relacionados a um sofrimento psíquico intenso, muitas vezes revelado por transtornos mentais, que se associam à experiência amorosa insatisfatória. (Jankowiak & Fisher, 1992). Considerando que os estilos de amor são inerentemente relacionais, certas formas de vivenciar o amor podem trazer grande prejuízo para o bem estar do indivíduo que ama, da pessoa amada, e, provavelmente, de outras pessoas do entorno, especialmente dos filhos. Certamente os estilos de amor podem ser aprendidos precocemente pelos filhos, como também interferir na interação pais-filho (Waller, 1994). Diante disso, é possível que o desenvolvimento da criança, especialmente o sócio-emocional (já que abrange importantes capacidades relacionais) seja afetado pelos estilos de amor vivenciados pela sua mãe. Torna-se então relevante verificar como

os estilos de amor se associam com o transtorno depressivo maior (TDM), bem como, com o desenvolvimento sócio-emocional dos filhos.

2.2 Objetivos

- Verificar a associação entre os estilos de amor de jovens mulheres e a presença de episódios depressivos maiores.
- Investigar a correlação entre os estilos de amor de jovens mulheres e o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos aos 30 meses.

2.3 Hipóteses:

- As mulheres com diagnóstico de TDM, especialmente as que manifestarem cronicidade, apresentarão estilos de amor mais patológicos.
- Os estilos de amor das mulheres, Eros e Storge, se correlacionarão positivamente ao desenvolvimento sócio-emocional das crianças.
- Os estilos de amor das mulheres, Ludus, Pragma, Mania e Ágape se correlacionarão negativamente ao desenvolvimento sócio-emocional das crianças.

3. Revisão de Literatura:

O amor e seus estilos

Para Reis e Aron (2008) o amor pode ser compreendido como o desejo de entrar, manter ou expandir uma relação contínua de proximidade com outra pessoa. Trata-se de um conjunto sofisticadamente afinado de dispositivos psicológicos que tem exercido diferentes funções em contextos específicos (Buss, 2006). Shiramizu e Lopes (2013) propõem que o amor “inclui comportamentos, sentimentos e pensamentos selecionados ao longo de nossa história evolutiva

que favoreceu a vinculação de parceiros, promovendo uma aproximação e um investimento diferenciado de tempo e atenção entre estes que pode variar de acordo com as condições ecológicas, sociais e culturais”. Este entendimento acerca do amor certamente não abarca todas as definições sobre o assunto, mas aparece como uma síntese bastante completa com base no que se tem estudado sobre o tema.

Os estilos de amor como propostos por Lee (1977) são caracterizados da seguinte forma: Eros – o amor é muito valorizado e predominam a atração, as preferências físicas, emoções intensas atribuídas a um amor erótico com um forte comprometimento em relação a pessoa amada. Ludus – o amor é tomado como um jogo a ser exercido com diversos parceiros. No amor lúdico decepcionar o amante é aceitável de certa maneira; não há grande intensidade emocional envolvida e existe uma característica manipuladora. Storge – o amor tende a ser mesclado com amizade e não há forte atração. É um estilo realista, que costuma ser sólido e duradouro. Pragma – o amor é mais racionalmente calculado, com foco em encontrar atributos desejados no parceiro. O amor pragmático é “planejado”, utilizando-se critérios de correspondência na procura de um par. Mania – o amor maníaco é baseado na incerteza, de si e do amante, definido pela possessividade, dependência e obsessão. Ágape – trata-se de um amor vivido incondicionalmente, de forma altruística (Hendrick and Hendrick, 2006; Lee, 1977; Levine, Aune, & Park, 2006).

Por fim, cabe ressaltar que os estilos de amor, parecem consistir, ao mesmo tempo, em traços de personalidade e atitudes potencialmente flexíveis. Os indivíduos apresentariam uma tendência a manter um (ou mais) estilo de amor, porém, de acordo com a experiência e os diferentes relacionamentos o estilo predominante poderia apresentar variação. (Hendrick and Hendrick, 2006; Levine, Aune, & Park, 2006)

O amor e o transtorno depressivo maior

O TDM é um transtorno mental comum e tem sido considerado a principal causa de incapacidade (considerando os anos perdidos) em todo o mundo. Além disso, é de duas a três vezes mais comum nas mulheres. Caracteriza-se principalmente por tristeza, perda de interesse nas atividades e diminuição da energia, mas também pela perda de confiança e autoestima, sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da concentração e perturbações do sono e do apetite (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012). Outra questão importante consiste na persistência e recorrência, usuais ao transtorno (Hames, Hagan & Joiner, 2013). Desta maneira, suas consequências são vastas e incluem impactos em um aspecto fundamental para a espécie humana: as relações interpessoais; e aqui inscrevem-se os relacionamentos amorosos (Burke, 2003; Hames, Hagan & Joiner, 2013; Vujeva & Furman, 2011).

Os estudos demonstram que as pessoas com TDM tendem a apresentar padrões de relacionamento interpessoais inseguros e são também menos propensas a provocar interações sociais positivas. Além disso, o TDM tem sido associado com baixa capacidade de empatia e baixa qualidade nos relacionamentos românticos (Burke, 2003; Frizzo, Brys, Lopes & Piccinini, 2010; Gadassi, Mor & Rafaeli, 2011; Hames, Hagan & Joiner, 3; Hammen, 2006).

Ficam assim evidentes alguns prejuízos para os relacionamentos interpessoais e amorosos relacionados à presença do TDM. Entretanto, nenhum estudo foi encontrado relacionando os estilos de amor e o TDM.

O amor e o desenvolvimento sócio-emocional infantil

O desenvolvimento sócio-emocional inclui importantes capacidades tais como autoconhecimento, autogestão emocional, consciência social, tomada de decisão responsável e gestão de relacionamento. Essas capacidades são manifestadas em atividades que envolvam a solução de problemas na interação social (a tolerância, a frustração e o gerenciamento de afetos) (Denham & Weissberg, 2004). Problemas precoces no desenvolvimento sócio-emocional estão significativamente associados com problemas de comportamento, diagnósticos psiquiátricos e dificuldades acadêmicas mais tarde (Briggs-Gowan & Carter, 2008; Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Treyvaud et al., 2012). Entretanto, poucos estudos tem focado no desenvolvimento sócio-emocional das crianças pequenas comparativamente aos estudos envolvendo o desenvolvimento cognitivo e da linguagem (Carter et al., 2004).

Aspectos mais amplos como as condições socioeconômicas, nutrição, doenças, bem como fatores psicossociais, como exposição a violência, oportunidades de estimulação/aprendizagem, depressão e estresse dos pais, estilos parentais, qualidade da relação marital dos pais, interação e vínculo pais-criança são importantes variáveis do ambiente reconhecidamente associadas a desfechos do desenvolvimento infantil (Erel & Burman, 1995; Hanington, Heron, Stein, & Ramchandani, 2011; Haskett & Willoughby, 2006; Parsons, Young, Rochat, Kringelbach, & Stein, 2011; Walker et al., 2011). A literatura tem indicado que as práticas parentais com suas crianças pequenas, como a sensibilidade materna, estão relacionadas mais diretamente com desfechos da criança do que outros fatores ambientais e que, se fortalecidas, essas práticas podem elicitar um funcionamento sócio-emocional da criança mais positivo (Whittaker, Harden, See, Meisch, & Westbrook, 2011).

Os estudos demonstram que as relações interpessoais da mulher influenciam as práticas parentais. Mulheres que estavam em casamentos mais estreitos, de confiança, por exemplo,

foram mais propensas a serem calorosas e sensíveis aos seus filhos do que as mulheres que estavam em casamentos menos estreitos e de confiança (Cox, Owen, Lewis, & Henderson, 1989). Também, uma meta-análise (Erel & Burman, 1995) concluiu que relações maritais conturbadas estão associadas com relações pais-filho mais negativas. Porém, nenhum estudo foi encontrado relacionando os estilos de amor dos pais e desfechos do desenvolvimento da criança.

4. Métodos:

4.1 Delineamento:

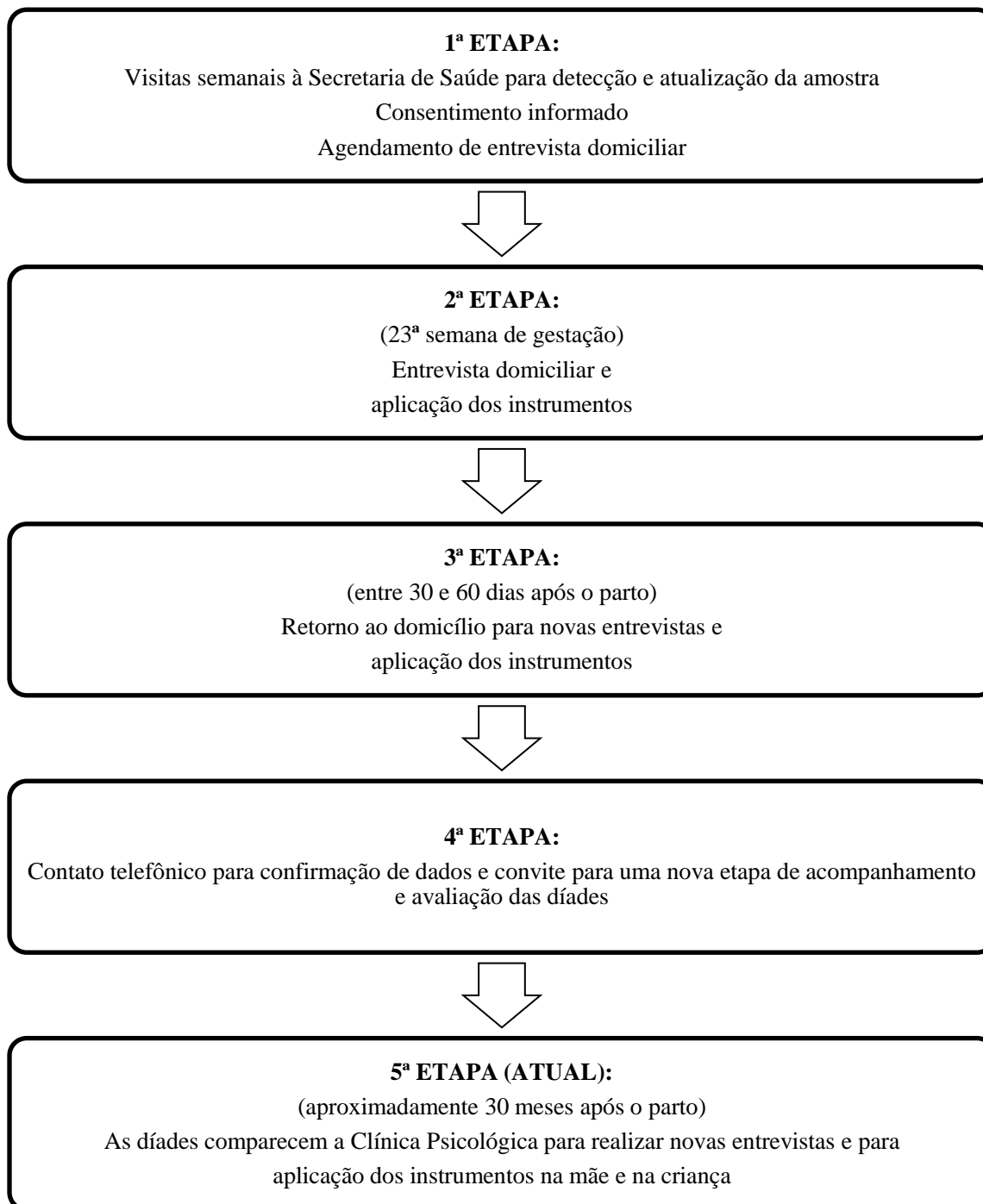
Este estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Impacto da Doença Mental Materna no Desenvolvimento e Comportamento Infantil: Estudo de Coorte”. Para cumprir com os propósitos da presente investigação serão utilizados dados longitudinais em relação ao primeiro objetivo, bem como, corte transversal para o segundo.

4.2 Amostra

A amostra original (n=871) resultou do recrutamento das gestantes adolescentes que estavam realizando acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Pelotas, RS, entre outubro de 2009 e março de 2011. Os critérios de inclusão foram ter até 19 anos e estar no segundo trimestre da gestação. Foram excluídas do estudo gestantes e mães adolescentes incapazes de responder e/ou compreender os instrumentos, portadoras de sofrimento psíquico grave e moradoras da zona rural. As jovens foram acompanhadas na gestação, com idade média gestacional de 23 semanas e no período entre 30 e 60 dias após o parto. A fase atual consistirá no acompanhamento das mães e na avaliação do desenvolvimento dos seus filhos no período de aproximadamente 30 meses após o parto.

4.3 Procedimentos

Desde a identificação da população-alvo até a realização do presente estudo, os seguintes procedimentos compõem a pesquisa:



4.4 Instrumentos

Questionário contendo variáveis sócio-demográficas: Instrumento desenvolvido pela equipe de pesquisa para coletar informações relativas a mãe e seu filho. Relativamente à mãe o questionário incluiu itens tais como idade, estado civil, escolaridade, ocupação e nível socioeconômico (de acordo com a Classificação Econômica para o Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de População, em que o maior nível é “A” e o mais baixo é “E”). Quanto ao bebê, o questionário inclui itens como peso ao nascer, prematuridade, principal cuidador e se frequenta a creche.

Escala de Atitudes do Amor (EAS): Consiste em uma escala composta por 24 itens validada no Brasil em 2010 por Berti et al¹². Esta escala foi construída por Hendrick et al. (1998) para avaliar os estilos de amor propostos pelo estudo de Lee (1977). O instrumento se divide em seis subescalas, com as respostas aos itens variando de 1 a 5, indicando o estilo de amor predominante do indivíduo, a saber: Eros (alfa=0,741), Ludus (alfa=0,448), Estorge (alfa=0,898), Pragma (alfa=0,648), Mania (alfa=0,867) e Ágape (alfa=0,881). As participantes responderão o instrumento tendo como base seu relacionamento atual ou o último relacionamento.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS+): É uma entrevista estruturada breve, que visa classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e do CID-10. Sua versão validada para a população brasileira foi aplicada por psicólogas treinadas. O módulo utilizado para o presente estudo será o relativo aos transtornos de humor.

Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3º ed): Consiste em um instrumento que avalia 5 grandes áreas do desenvolvimento infantil (de 1 a 42 meses): cognitiva, comunicativa, motora sócio-emocional e adaptativa (Bayley, 2006). A escala utilizada na presente investigação refere-se ao desenvolvimento sócio-emocional. Esta escala é administrada ao principal cuidador da criança que responde a itens que se referem a capacidade de auto-regulação emocional da criança, de comunicar suas necessidades, de envolver os outros e estabelecer relacionamentos e de utilizar da comunicação verbal e não verbal para resolver problemas. As escalas de Bayley não foram adaptadas e validadas para a população brasileira e, dessa forma, não serão determinados pontos de corte, utilizando-se o escore composto, metodologicamente mais adequado.

4.5 Definição das variáveis

1º artigo:

➤ Variáveis dependentes:

Estilos de amor (contínua):

Estilo de amor Eros

Estilo de amor Ludus

Estilo de amor Estorge

Estilo de amor Pragma

Estilo de amor Mania

Estilo de amor Ágape

➤ Variáveis independentes:

Idade (dicotômica)

Escolaridade (ordinal)

Classificação socioeconômica (ordinal)

Vive com o companheiro (dicotômica)

Transtorno depressivo maior (categórica)

2º artigo:

- Variável dependente:

Desempenho sócio-emocional da criança (contínua)

- Variáveis independentes relativas à mãe:

Idade (categórica)

Vive com o companheiro (dicotômica)

Trabalha (dicotômica)

Classificação socioeconômica (ordinal)

Escolaridade (ordinal)

Episódio depressivo maior atual (dicotômica)

Estilos de amor (contínua):

Estilo de amor Eros

Estilo de amor Ludus

Estilo de amor Estorge

Estilo de amor Pragma

Estilo de amor Mania

Estilo de amor Ágape

➤ Variáveis independentes relativas à criança:

Sexo (dicotômica)

Peso ao nascer (dicotômica)

Prematuridade (dicotômica)

Principal cuidador (dicotômica)

Frequenta a creche (dicotômica)

4.6 Pessoal envolvido

A equipe que executará o trabalho de campo desta etapa do estudo conta com três doutorandas e duas mestrandas, responsáveis, entre outras atividades, pela entrevista diagnóstica através do MINI Plus e a administração das escalas Bayley - III de desenvolvimento. Também, dez bolsistas de iniciação científica vinculados ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel administrarão os questionários sócio-demográficos e demais instrumentos incluídos na pesquisa, bem como, realizarão atividades referentes à logística do estudo, entre outras. Estes acadêmicos foram treinados e participarão de reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo.

4.7 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado com as primeiras 20 díades avaliadas, que não serão incluídas na amostra. O estudo piloto terá como objetivo inserir aspectos práticos e vivenciais ao

treinamento, bem como, avaliar a adequação da logística do estudo. A partir de então, serão promovidas as modificações necessárias.

4.8 Controle de qualidade

Para assegurar o controle de qualidade referente às entrevistas domiciliares serão realizados contatos telefônicos com 30% das participantes do estudo, selecionadas aleatoriamente. Ainda, 10% serão selecionadas para o agendamento de nova entrevista domiciliar.

4.9 Processamento e análise de dados

Os instrumentos serão codificados e será realizada dupla entrada dos dados no programa Epi-Info 6.04d. Para auxiliar na consistência da entrada de dados eles serão checados automaticamente através do sistema *check*, bem como, serão comparadas as duas entradas de dados. Os dados serão então convertidos para o programa SPSS 21.0 para proceder com as análises.

Para a caracterização da amostra serão utilizadas frequências simples, medidas de tendência central e dispersão. As análises bivariadas serão conduzidas para estabelecer associações e correlações entre as variáveis de interesse. Serão utilizadas análises multivariadas para estimar os efeitos independentes das variáveis estudadas sobre os desfechos, sendo levadas para a análise apenas as variáveis que apresentarem um valor de $p < 0,2$ na associação com o desfecho.

4.10 Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Católica de Pelotas, encontrando-se em conformidade com todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho

Nacional de Saúde na resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. As mulheres receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento Livre e Esclarecido” referente à sua participação, como também um termo referente a participação de seu filho. Aquelas com menos de 18 anos e seus filhos, participarão do estudo quando consentido e assinado o termo pelos seus pais. Será assegurado o direito a confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As mulheres que apresentarem, em qualquer fase do estudo, algum transtorno psiquiátrico serão encaminhadas para atendimento especializado no Ambulatório de Psiquiatria da UCPel. Da mesma forma, as crianças que apresentarem baixo desempenho, comparadas a média geral, serão encaminhadas para serviços especializados.

A divulgação dos resultados do estudo será realizada através da publicação de artigos científicos sobre o tema, para a comunidade científica; de relatórios descritivos, para as autoridades de saúde da cidade; e de publicação em meios de comunicação de massa, para os participantes do estudo e população em geral.

5. Referências.

- Berscheid, E. (2010). Love in the fourth dimension. *Annual Review of Psychology*, 61, 1–25.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121(5), 957–962.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243-255.
- Buss, D. M. (2006). The evolution of love. In R. J. Sternberg & K. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 65– 86). New Haven, CT: Yale University Press.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109–134.
- Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M., & Henderson, V. K. (1989) Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- De Boer, A., Van Buel, E. M., Ter Horst, G. J. (2012). Love is more than just a kiss: a neurobiological perspective on love and affection. *Neuroscience* 201, 114–24.
- Denham, S. A., & Weissberg, R. P. (2004). Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. In E. Chesebrough, P. King, T. P Gullota, & M. Bloom (Eds.), *A blueprint for the promotion of prosocial behavior in early childhood* (pp. 13-50). New York: Kluwer Academic.

- Erel, O., & Burman, B. (1995) Interrelatedness of Marital Relations and Parent-Child Relations: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132.
- Fromm, E. (2000) *A Arte de Amar*. Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- Hames, J. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2013). Interpersonal processes in depression. *Annual review of clinical psychology*, 9, 355-377.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2011) Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: care, health and development*, 38(4), 520–529.
- Haskett, M. E., & Willoughby, M. (2006). Paths to child social adjustment: parenting quality and children’s processing of social information. *Child: care, health and development*, 33(1), 67–77.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of personality and social psychology*, 50(2), 392.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (2006). Styles of Romantic Love, in: Sternberg, R., Weis, K. (Eds.), *The New Psychology of Love* (pp. 149-170). London: Yale University Press.
- Jankowiak, W. R., & Fischer, E. F. (1992). A cross-cultural perspective on romantic love. *Ethnology*, 31(2), 149-155.
- Lee, J. A., 1977. A typology of styles of loving. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 3, 173-182.

- Levine, T. R., Aune, K. S., & Park, H. S. (2006). Love styles and communication in relationships: partner preferences, initiation, and intensification. *Communication Quarterly*, 54, 465-486.
- Marcus, M., Yasamy, M.T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmh_d_2012.pdf
- Martins-Silva, P. D. O., Trindade, Z. A., & Junior, S. (2013). Theories about love in the field of Social Psychology. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 16-31.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101, 57–79.
- Reis, H. R., & Aron, A. (2008). “Love: What is it, why does it matter, and how does it operate?” *Perspectives on Psychological Science*, 3, 80-86.
- Shiramizu, V. K. M., & Lopes, F. A. (2013). A perspectiva evolucionista sobre relações românticas. *Psicologia USP*, 24(1), 55-76.
- Vujeva, H. M., & Furman, W. (2011). Depressive symptoms and romantic relationship qualities from adolescence through emerging adulthood: A longitudinal examination of influences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 123-135.

Walker, S., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Neslon, C. A., Huffman, S. L, et al. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early childhood development. *Lancet*, 378, 1325–1338.

Waller, N. G., & Shaver, P. R. (1994). The importance of nongenetic influences on romantic love styles: A twin-family study. *Psychological Science*, 5(5), 268-274.

Whittaker, J. E. V., Harden, B.J., See, H.M., Meisch, A.D., & Westbrook, T.R. (2011). Family risks and protective factors: Pathways to early head start toddlers' social–emotional functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 74–86.

PARTE II
ARTIGOS

ARTIGO 1**Chronic depression affects love styles: Data from a cohort study of adolescent mothers in Southern Brazil**

Manuscrito em avaliação na BMC Women's Health

Abstract

Background: The interpersonal behavioral patterns of people suffering from major depressive disorder (MDD) and symptoms such as sadness, loss of interest, and feelings of worthless/self-blame can severely impair close relationships. Given the importance that love has in individuals' lives, and considering that more specific studies about the relationship between depression and the way people love are lacking, the aim of the current study was to evaluate the effect of MDD on "love styles."

Methods: This study was nested in a cohort of adolescent mothers (n = 544) who received prenatal assistance through the National Public Health System in southern Brazil. Women were assessed for MDD during pregnancy (T1), at between 30 and 60 postpartum days (T2), and at approximately 30 postpartum months (T3), by using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS) tool. The Love Attitudes Scale (LAS) was administered to assess the six love styles at T3: Eros (passionate love); Storge (characterized by companionship and trust), Pragma (focused on practicality and suitability); Ludus (focused on game-playing); Mania (marked by possession); and Agape (characterized by selfless regard). Logistic regression analyses were carried out to express the strength of depression on love styles.

Results: We found that chronic major depression had the largest effect on the love styles (*low Eros, high Mania, and high Agape*), followed by current major depression. However, the same association was not observed in the perinatal period.

Conclusions: Although a causality relationship could not be assured, chronic depression was associated with pathologic patterns of love styles. Thus, the assessment of love style is relevant as it seems that an MDD-related injury in maternal life is related to their attitudes about love and

there could be possible harmful consequences of these attitudes to the mother and the whole family.

Keywords: depression, major depressive disorder, love, love styles, interpersonal relations, pregnancy, mothers, adolescent mothers

Background

The consequences of major depressive disorder (MDD) are extensive and these not only include the impacts on the way individuals feel and think but also the deleterious effects on interpersonal functioning and romantic relationships [1–4]. When suffering from MDD, people tend to present insecure interpersonal behavior patterns and are less likely to elicit positive social interactions [1,3,5,6]. Sadness, loss of interest, and feelings of worthlessness/self-blame were all identified as symptoms that severely impair close relationships [7]. MDD has been found to be associated with lower empathic accuracy and poor romantic relationship quality, including the amount of conflict and quality of problem solving [3,5,8]. Moreover, it is known that being in love seems to be challenging and daunting for adolescents and young adults [9,10]; therefore, these interpersonal relationships of a new mother, especially the relationship with her partner, usually suffer, for example, in terms of relationship satisfaction and privacy as a couple [8,11]. Considering this scenario, young mothers who are in their adolescence/emerging adulthood and suffering from MDD are probably at risk of portraying love in a more pathological way.

Lee (1977) [12] developed a typology considering six love styles. On the basis of this typology, Hendrick and Hendrick (1986) [13] created the Love Attitudes Scale (LAS) to measure the love styles characterized as follows: Eros—strong physical attraction, emotional intensity, a preferred physical appearance, and a sense of inevitability of the relationship. Ludus—love is a game to be played with a diverse set of patterns over time. Deception of the partner and lack of disclosure about self and other partners are prime attributes of Ludus. Storge—this takes love as friendship; it is quiet and companionate. Storge has sometimes been dubbed “love by evolution” rather than “love by revolution.” Pragma—love is a shopping list of desired attributes (e.g., fitting into the family and good parent). Mania—this might be called “symptom love,” and is similar to

pathological love [14]. Mania is intense, alternating between ecstasy and agony. Agape—this love style is sacrificial, placing the love person's welfare above one's own.

The authors of the LAS consider that love styles seem to be both personality traits and flexible attitudes. Their theoretical approach maintains that everyone is, at a given time, located on each of the dimensions. Constitutional differences may tend to sustain one (or more) dimension, but they are changeable by experience and could present variations over time [15,16].

Although MDD has been associated with damage in interpersonal relationships, there is still a lack of evidence in the literature regarding the association of MDD, and mainly, its chronicity, with love styles. Considering the role that love has in an individuals' life, the fact that love styles are changeable, and major depressive episodes (which could bring harm to interpersonal and romantic relationships), the present study aimed to verify the effect of major depressive episodes on the love styles of young mothers. The hypothesis tested in this study is that women diagnosed with MDD during the study—and especially those who presented chronically—tend to exhibit love styles pathologically or in an undesirable and unsuitable way.

Methods

Study design

This study was conducted with a cohort of adolescent mothers in the urban area of Pelotas, a city located in the Brazilian state of Rio Grande do Sul. The overall study intends to evaluate and follow the mental health of adolescent mothers and the overall development of their child.

Participants

Between October 2009 and March 2011, the participants were recruited from 47 primary healthcare units and three obstetric ambulatory care units that are part of the National Public Health System. All pregnant adolescents who were enrolled in a prenatal program of the municipal health department were asked to participate in the study. At the time of the present study, the sample was calculated according to prevalence of MDD in pregnant adolescents and its impact on the development of the child, resulting in a total of 544 participants.

Measures

Major depressive disorder

A validated Portuguese version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS) [17] was used. The instrument comprises a short structured interview with adequate validity and reliability to assess current MDD according to DSM-IV and ICD-10 criteria in less time than other diagnostic interviews, intended for use in clinical practice and research. The interviews were conducted by previously trained psychologists. The MDD variables were categorized as “never” (mothers who had not been diagnosed with major depressive disorder at any time during the study), “perinatal” (mothers who were diagnosed with major depressive disorder during pregnancy or in the postpartum period), “current” (mothers who presented major depressive disorder in the final stage of the study), and “chronic” (mothers who were diagnosed with major depressive disorder in the perinatal and current period).

Love styles

A Brazilian validated version of the LAS [18] was administered. The used scale build by Hendrick et al. (1998) [19], assesses the six love styles suggested by Lee (1977) [12] and comprises 24 questions, separated into six corresponding subscales, with answers ranging from 1

to 5. Cronbach's alpha reliabilities for all six subscales in the Brazilian sample were generically acceptable: Eros (0.741), Storge (0.898), Pragma (0.648), Mania (0.876), Agape (0.881), with the exception of Ludus (0.448).

Analyses were conducted by determining the lowest or highest tertile of each love style that hypothetically embodies the "pathologic lovers," based on the characteristics of each love style and on prior research. Love style variables were transformed in dichotomous variables in which one-third of every variable represents the most pathological or undesirable pattern of love as follows: *low Eros* (low sexual attraction, low complicity, and low emotional intensity); *high Ludus* (very low commitment, high game-playing, and big lack of self disclosure); *low Storge* (low friendship); *high Pragma* (very low emotional, too selfish); *high Mania* (very obsessive, self-centering and impulsive, high humor fluctuation, and high agony feelings associated with pathological love); and *high Agape* (too self regardless, low attention in self needs, and high level of sacrifice).

Participants answered the questions, taking into account their current or last romantic relationship.

Socio-demographic data

A self-report questionnaire was used to obtain data related to age, marital status, education, and socioeconomic status. *Age* was dichotomized into adolescent (ages 15 to 19) according to the World Health Organization [20], and emerging adulthood (ages 20 to 23) (terminology borrowed from Arnett (2000) [21]). *Marital status* was categorized as living or not with a partner. *Education* (years of study) was grouped into four categories: less than 5 years, between 5 and 8 years, between 8 and 11 years, and between 11 and 14 years. *Socioeconomic status* was

measured according to the Economic Classification for Brazil, from the Brazilian Association of Population Survey Companies (ABEP) [22], and ranked from the highest income level (A) to the lowest (E), with the levels then grouped into three categories: A/B, C, and D/E.

Statistical analyses were conducted using simple frequencies to characterize the sample and demonstrate the distribution of major depressive episodes as well as love styles. Bivariate analysis was used to establish associations between major depressive episodes, other variables of interest, and love styles. Further, logistic regression analyses were carried out to express the strength of depression over love styles, controlling for possible confounders. SPSS 21.0 for Windows was used for the statistical analysis.

Procedure

After the identification of the potential participants from the healthcare units, pregnant adolescents and their parents were contacted via telephone. In case of agreement to participate in the study, an appointment was made for a home interview. Then, a written informed consent was obtained, and if they were younger than 18 years old, permission and informed consent was requested from their parents.

Three interviews were conducted: during pregnancy (T1), with a mean gestational age of 23 weeks; between 30 and 60 days postpartum (T2); and at approximately 30 months postpartum (T3). T1 and T2 interviews were conducted in home visits, when instruments for the mental health assessment (including the MINI PLUS [17]) and socio-demographic data were collected. The present study (T3) was conducted in the Psychological Clinic of the Catholic University of Pelotas, when—in addition to the tools previously used—the LAS [18] was also administered.

Ethics

The present study was approved by the research ethics committee of the Catholic University of Pelotas. Confidentiality of data and care with information management were assured. The participants who screened positive for any psychiatric disorder or suicidal behavior were referred to the psychiatric clinic of the Catholic University of Pelotas.

Results

Of the initial 544 young mothers with a 30-month post-partum follow-up, 540 (99%) completed the measurement instruments. Their mean age was 20.1 years ($SD \pm 1.5$); 39% had studied for between 5 and 8 years; 69% were inherited to C socioeconomic status; and 55% were living with a partner. The prevalence of MDD in the perinatal, current, and chronic periods were 10%, 19%, and 13%, respectively (Table 1).

In a bivariate analysis, *low Eros* was associated with socioeconomic status D/E ($p = 0.009$), living with a partner ($p < 0.001$), and the presence of major depressive episode, in the current period and chronically ($p = 0.003$). *High Ludus* ($p = 0.004$) and *low Storge* ($p = 0.014$) were related to not living with a partner. *High Pragma* had an association with low education ($p = 0.019$), while *high Mania* was associated with low education ($p < 0.001$), and major depressive episodes chronicity ($p = < 0.001$). *High Agape* was associated with living with a partner ($p = 0.001$), and there was a presence of major depressive episodes in the perinatal, current, and chronic periods of the episodes ($p = 0.038$) (Table 2).

After adjusting for possible confounding variables, *low Eros* was still related with socioeconomic status, not living with a partner, and the presence of current and chronic major depressive episodes. Mothers from socioeconomic status D/E were 7.9 times (CI95% 3.1; 20.6) more likely to present *low Eros* when compared with mothers from socioeconomic status A/B.

Women who did not live with their partner were 4.9 times (CI 95% 3.0; 7.9) more likely to show *low Eros* in relation to those who did. Those who were diagnosed with current major depressive episodes were 2.1 times (CI 95% 1.2; 3.8) more likely to be in the *low Eros* group than women who had never been diagnosed with major depressive episodes; those who presented chronic episodes were 2.6 times (CI 95% 1.3; 5.1) more likely to show *low Eros* than those who never had any major depressive episodes.

Ludus and *Storge* remained associated with not living with a partner ($p = 0.004$ and $p = 0.011$, respectively). Mothers who were not living with a partner were 1.7 times (CI 95% 1.2; 2.5) more likely to exhibit *high Ludus* and 1.6 times (CI 95% 1.1; 2.3) more likely to present *low Storge*.

Pragma remained associated with education. Mothers who had studied for less than 5 years were 3.3 times (CI 95% 1.5; 7.4) more likely to show *high Pragma* when compared with mothers with 11–14 years of education.

Mania maintained an association with age, education, and the presence of depressive episodes. The youngest mothers were 1.4 times (CI 95% 1.0; 2.0) more likely to disclose *high Mania* in relation to the oldest mothers. Regarding education, women who studied for few years were 4.8 times (CI 95% 1.8; 12.8) more likely to present *high Mania* than those who had a higher education. Moreover, mothers with chronic depressive episodes were 2.7 times (CI 95% 1.4; 5.1) more likely to show *high Mania* when compared to mothers who had never had a major depressive episode.

Finally, with respect to *Agape*, mothers who were currently experiencing a depressive episode were 1.8 times (CI 95% 1.1; 3.2) more likely to present *high Agape*. Those mothers who suffered

from chronic depressive episodes were 1.9 times (CI 95% 1.1; 3.2) more likely to show *high Agape* in comparison to those who have never had a major depressive episode. (Table 3)

Discussion

This study aimed to verify the effect of major depressive episodes on the romantic love styles of adolescent mothers. Although the literature suggests that MDD impairs romantic relationships [1,4], this cannot be affirmed in the present study because love styles were assessed only at the T3 stage. Therefore, appropriate statistical treatment of the data was applied and does not necessarily point to a causal relation between depression and love styles. Considering this, an inverse relationship is also possible in which the love styles trigger the depression.

We found that chronic major depression has the largest effect on love styles (*low Eros, high Mania, and high Agape*), followed by current major depression. However, the same relationship was not observed in the perinatal period, probably because women are more focused on the baby and the transition to motherhood during this period than on their romantic relationship. Moreover, perinatal depression seems to be a very specific form of depression, probably associated with changes in ovarian hormones, even though the underlying mechanisms need further explanations [23,24].

Eros can be considered the healthiest love style. As explained by Levine et al. (2006) [16], people with high Eros scores may be able to maintain their relationships more easily and for longer if they increase contact, show tokens of affection, and demonstrate behavioral adaptations. Besides being characterized by strong physical attraction, high complicity, and emotional intensity [13], Eros lovers commonly conduct their personal relationships in a warm and positive way and are shown to be content about life and work and show self-confidence in

love [12]. Thus, it is not surprising that low Eros scores matched with major depressive states, considering the common characteristics and the interpersonal processes on MDD such as low interest or pleasure from social interactions, isolation, extreme feelings of worthlessness or guilt [3].

On the opposite side of this are Mania and Agape, already found to be associated with pathological love in another study [14] and associated with depression in the present research. Studies found that people with MDD tend to engage in excessive interpersonal feedback seeking behaviors, core beliefs reflecting insecurity in relationships, interpersonal dependency, and insecure attachment styles [3]. Characteristics of a manic lover seem to present a similar direction, including loneliness, lack of friends, and lack of enjoyable work [12]. Moreover, manic lovers are more likely to enact negative relational maintenance behaviors [25]. This pattern can, in turn, possibly play an important role in the maintenance of the MDD, providing a feedback cycle of the disorder.

An important characteristic of MDD is the difficulty that the individual experiences in having positive attitudes toward themselves. *High Agape* scores (too self regardless, low attention to self needs, and high level of sacrifice) seem to be a symptom of MDD. It is likely that the focus on their lover's needs is used to take the focus off their own suffering and needs. Furthermore, making sacrifices for their lover can dissemble worthlessness feelings.

The finding that mothers who were not living with a partner interestingly presented *low Eros*, *high Ludus*, and *low Storge*. Assuming that Eros and Storge are defined by commitment in relationships, and Ludus is defined by avoiding commitment, it seems this was a group (*low*

Eros, *high Ludus*, and *low Storge*) for whom is difficult to establish intimate relationships and maintain a partnership.

Another finding was that women who were inhered of low socioeconomic status presented *low Eros*. One possible explanation for this is that *Eros*-style love is very intense and the relationship has a very important place in the individuals' life, and financial difficulties can cause problems in personal relationships, particularly this love style, which demands a considering level of surrender.

Finally, it was verified that adolescent mothers presented *high Mania*, which can be related to the “storm and stress” period when unstable mood is common [26]. This association was not found in another study [27], which identified *Storge* as more prevalent in the youngest group. Considering that romantic relationships can positively affect development and also place adolescents at risk of problems [9], the results call attention to the need to take their “love difficulties” seriously, as a potential risk for present and future mental health.

The results of this research need to be interpreted in the light of some limitations. First, as already mentioned, love style information was available only in the last period of the study. Evaluation of love styles at other points in the research could enrich analyses and ground a causal relation between variables. Another limitation was the lack of data regarding relationship characteristics, such as duration of the relationship, level of satisfaction, quality of interactions, and intensity of couple commitment. Some of these variables could moderate, in part, the relation between MDD and love styles and enhance the study, prompting a suggestion for future research.

Conclusions

Despite the limitations, this study contributes to the literature on mental health and romantic relationships, as the current literature is scarce. The results point to the importance of MDD, and especially its chronicity, in the relationship with love styles. Furthermore, this study extended the notion, observed in previous research [5,28], that people without positive attitudes toward themselves and their close relationships may have more pathological and unsuitable love interactions.

It seems that another injury related to MDD in maternal life impacts the way that the mothers act about love, and the consequences that a pathological pattern can bring to the relationship with the whole family. Thus, it is important to identify the love style in woman suffering from MDD, given the importance that love relationships have in an individual's life, and even more so in a young mother's life.

The healthier a woman's love, the healthier the interaction with her partner and, consequently, with her baby. Further, the healthier her interpersonal relations, the better her prognosis regarding major depression remission.

Declarations

Abbreviations

Major Depressive Disorder (MDD)

Competing interest

None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Authors' contributions

Author DB and LQ designed the study, wrote the protocol, and wrote the first draft of the manuscript. DB, LQ, and RP conducted statistical analysis and interpretation of data. Authors, LS, MM, RC, MLM, and RS, realized literature searches, providing summaries of previous research studies. FC and KP conducted critical reviews and made suggestions for manuscript improvement. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgments

The authors would like to thank the women who kindly participated in this study. We also would like to acknowledge the *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul* (FAPERGS) for having supported this research. We also thank the *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (Capes) and *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq) for the scholarships availability.

References

1. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psych.* 2003;15:243-255.
2. Hammen C, Brennan PA. Interpersonal dysfunction in depressed woman: impairments independent of depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2002;72:145-156.
3. Hames JL, Hagan CR, Joiner TE. Interpersonal processes in depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:355-377.
4. Vujeva HM, Furman W. Depressive symptoms and romantic relationship qualities from adolescence through emerging adulthood: a longitudinal examination of influences. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011;40:123-135.
5. Gadassi R, Mor N, Rafaeli E. Depression and empathic accuracy in couples: an interpersonal model of gender differences in depression. *Psychol Sci.* 2011;22:1033-1041.
6. Hammen C. Stress generation in depression: reflections on origins, research, and future directions. *J Clin Psychol.* 2006;62:1065-1082.
7. Fried EI, Nesse RM. The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *Plos One.* 2014;9:1-7.
8. Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccinini CA. Conjugalidade no contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia.* 2010;31:66-81.
9. Furman W. The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science.* 2002;11(5):177-180.
10. Bajoghli H, Keshavarzi Z, Mohammadi M-R, Schmidt NB, Norton PJ, Holsboer-Trachsler E, et al. "I love you more than I can stand!" – Romantic love, symptoms of

- depression and anxiety, and sleep complaints are related among young adults. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2014;18:169-174.
11. Mortensen Ø, Torsheim T, Melkevik O, Thuen F. Adding a baby to the equation. Married and cohabiting women's relationship satisfaction in the transition to parenthood. *Fam Proc.* 2012;51:122–139.
 12. Lee JA. A typology of styles of loving. *Pers Soc Psychol Bull.* 1977;3:173-182.
 13. Hendrick C, Hendrick S. A theory and method of love. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50:392-402.
 14. Sophia EC, Tavares H, Berti MP, Pereira AP, Lorena A, Mello C, et al. Pathological love: impulsivity, personality, and romantic relationship. *CNS Spectrums.* 2009;14:268-274.
 15. Hendrick C, Hendrick S. Styles of Romantic Love, in: Sternberg R, Weis K editors. *The new psychology of love.* London: Yale University Press; 2006. p. 149-170.
 16. Levine TR, Aune KS, Park HS. Love styles and communication in relationships: partner preferences, initiation, and intensification. *Communication Quarterly.* 2006;54:465-486.
 17. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:106-15.
 18. Berti MP, Zilberman ML, Sophia EC, Gorenstein C, Pereira AP, Lorena A et al. Validação de escalas para avaliação do amor patológico. *Rev Psiq Clin.* 2011;38:135-138.
 19. Hendrick C, Hendrick S, Dick A. The love attitudes scale: short form. *J Soc Pers Relationships.* 1998;14:147-159.

20. World Health Organization. Adolescent pregnancy. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> (2014). Accessed 15 Oct 2015.
21. Arnett JJ. Emerging Adulthood. A Theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55:469-480.
22. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Brasil: Critério de classificação econômica. <http://www.abep.org/criterio-brasil> (2009). Accessed 20 Nov 2015.
23. Albert PR. Why is depression more prevalent in woman? *J Psychiatry Neurosci.* 2015;40:219-221.
24. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry.* 2003;44:234-246.
25. Goodboy AK, Myers SA, Members of investigating Communication. Relational quality indicators and love styles as predictors of negative relational maintenance behaviors in romantic relationships. *Communication Reports.* 2010;23:65-78.
26. Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol.* 1999;54:317-326.
27. Shulman S, Scharf M. Adolescent romantic behaviors and perceptions: age- and gender related differences, and links with family and peer relationships. *J Research Adol.* 2000;10:99-118.
28. Zeigler-Hill V, Britton M, Holden C J, Besser A. How will I love you? Self-esteem instability moderates the association between self-esteem level and romantic love styles. *Self and Identity.* 2015;14:118-134.

Table 1. Sample characteristics

Variable	N	%
Age (years)		
from 15 to 19	179	33.1%
from 20 to 23	361	66.9%
Education		
Less than 5 years	40	7.4%
Between 5 and 8 years	214	39.6%
Between 8 and 11 years	196	36.3%
Between 11 and 14 years	90	16.7%
Socioeconomic status *		
A/B	84	16.3%
C	357	69.5%
D/E	73	14.2%
Lives with partner		
No	249	46.1%
Yes	291	53.9%
Low Eros *		
No	373	70.8%
Yes	154	29.2%
High Ludus *		
No	344	65.9%
Yes	178	34.1%
Low Storge *		
No	337	64.2%
Yes	188	35.8%
High Pragma *		
No	359	66.9%
Yes	178	33.1%
High Mania *		
No	361	68.5%
Yes	166	31.5%
High Agape *		
No	356	66.4%
Yes	180	33.6%
Major Depressive Disorder *		
Never	296	58.1%
Perinatal	50	9.9%
Current	96	18.9%
Chronic	60	13.2%
Total	540	100%

*variable with missing

Table 2: Bivariate analysis demonstrating the association of socioeconomic variables and MDD with the six love styles.

Variable	Low Eros N (%)	High Ludus N (%)	Low Storge N (%)	High Pragma N (%)	High Mania N (%)	High Agape N (%)
Age in years [p-value]	0.784	0.419	0.461	0.463	0.124	0.612
from 15 to 19	49 (28.2)	65 (36.7)	58 (33.3)	59 (33.0)	64 (36.2)	57 (31.8)
from 20 to 23	105 (29.7)	113 (32.8)	130 (37.0)	131 (36.6)	102 (29.1)	123 (34.5)
Education [p- value]	0.078	0.122	0.069	0.019	0.000	0.143
Less than 5 years	16 (42.1)	11 (29.7)	9 (24.3)	19 (48.7)	18 (47.4)	16 (42.1)
Between 5 and 8 years	50 (23.8)	82 (40.2)	65 (31.3)	76 (35.8)	84 (40.2)	80 (37.9)
Between 8 and 11 years	61 (32.1)	57 (29.8)	78 (41.1)	62 (31.8)	46 (24.1)	59 (30.1)
Between 11 and 14 years	26 (29.5)	27 (30.3)	36 (40.4)	20 (22.2)	17 (19.3)	25 (27.8)
Socioeconomic status [p- value]	0.009	0.939	0.473	0.423	0.072	0.386
A/B	14 (17.1)	27 (32.9)	25 (30.5)	23 (27.7)	17 (20.7)	26 (31)
C	102 (29.4)	120 (34.9)	129 (37.3)	121 (34.2)	116 (33.4)	127 (36.1)
D/E	28 (39.4)	24 (33.8)	27 (38.6)	27 (37)	20 (28.2)	21 (28.8)
Lives with partner [p- value]	0.000	0.004	0.014	0.285	1.000	0.001
No	104 (43.3)	97 (40.9)	99 (41.8)	88 (35.8)	77 (31.6)	63 (25.7)
Yes	49 (17.1)	81 (28.5)	89 (31)	90 (31)	88 (31.2)	117 (40.3)
Major depressive disorder [p- value]	0.003	0.831	0.887	0.970	0.000	0.038
Never	69 (24)	102 (34.9)	106 (36.5)	96 (32.7)	71 (24.9)	80 (27.3)
Perinatal	18 (33.3)	15 (29.5)	18 (35.6)	18 (35.6)	16 (31.58)	20 (40)
Current	38 (42)	32 (36.3)	37 (40.7)	31 (32.6)	37 (39.3)	38 (39.5)
Chronic	28 (41.7)	23 (38.2)	22 (35.1)	23 (35)	35 (52.5)	27 (41.4)
Total	154 (17.3)	178 (34.1)	188 (35.8)	178 (33.1)	166 (31.5)	180 (33.6)

Table 3: Adjusted analysis demonstrating the impact of socioeconomic variables and MDD on the six love styles.

Variable	Low Eros	High Ludus	Low Storge	High Pragma	High Mania	High Agape
Age in years [p-value]					0.021	
from 15 to 19	-----	-----	-----	-----	1.4 (1.0; 2.0)	-----
from 20 to 23					1.00	
Education [p- value]	0.083	0.124	0.071	0.021	0.002	0.145
Less than 5 years	1.7 (0.8; 3.8)	1.00	1.00	3.3 (1.5; 7.4)	4.8 (1.8; 12.8)	1.9 (0.8; 4.2)
Between 5 and 8 years	0.7 (0.4; 1.3)	1.6 (0.7; 3.4)	1.4 (0.6;3.2)	1.9 (1.1; 3.5)	(1.5; 6.0)	1.6 (0.9; 2.7)
Between 8 and 11 years	(0.7; 2.0)	(0.5; 2.2)	2.2 (0.9; 4.8)	1.6 (0.9; 2.9)	1.5 (0.7; 3.1)	(0.6; 1.9)
Between 11 and 14 years	1.00	1.0 (0.4; 2.4)	2.1 (0.9; 5.0)	1.00	1.00	1.00
Socioeconomic status [p- value]	0.000				0.203	
A/B	1.00	----	-----	-----	1.00	-----
C	3.5 (1.7; 7.2)				1.5 (0.8; 2.9)	
D/E	7.9 (3.1; 20.6)				0.9 (0.4; 2.4)	
Lives with partner [p- value]	0.000	0.004	0.011			0.001
No	4.9 (3.0; 7.9)	1.7 (1.2; 2.5)	1.6 (1.1; 2.3)	-----	-----	1.00
Yes	1.00	1.00	1.00			1.9 (1.3; 3.0)
Major depressive disorder [p- value]	0.012				0.004	0.037
Never	1.00	-----	-----	-----	1.00	1.00
Perinatal	1.6 (0.7; 3.6)				0.9 (0.4; 2.0)	1.5 (0.8; 3.0)
Current	2,1 (1.2; 3.8)				1.9 (1.1; 3.3)	1.8 (1.1; 3.2)
Chronic	2.6 (1.3; 5.1)				2.7 (1.4; 5.1)	1.9 (1.0; 3.6)

ARTIGO 2

Association between women's love styles and their infants' social-emotional development at 30 months

Manuscrito submetido à Maternal and Child Health Journal

Abstract

Objectives: This study considers that mothers largely constitute infants' social environment, usually mediating their development. However, few studies have focused on the social-emotional domain. Therefore, this study examines the association between women's love styles and their children's social-emotional development, using a Brazilian sample. *Methods:* This study was conducted with a cohort of young mothers and intended to follow maternal mental health and the development of their children. It included the first 544 mother-child dyads who completed 30 months after birth. The Love Attitudes Scale was administered to assess the six love styles: Eros (passionate love); Storge (characterized by companionship and trust), Pragma (focused on practicality and suitability); Ludus (focused on game playing); Mania (marked by possession); and Agape (characterized by selfless regard). Women were assessed for the presence of major depressive disorder by means of the Mini International Neuropsychiatric Interview. The children were assessed using the Social-Emotional scale of the Bayley Scales of Infant Development III. Correlation between variables was estimated using Spearman's coefficient, and multivariate analysis was conducted for confounding adjustment. *Results:* The main results indicated that children of mothers whose love style was predominantly Eros presented an increase of 0.4 points [95% CI: -0.9; -0.1] in the mean of the socio-emotional scale; a decrease of 0.4 points [95% CI: 0.1; 0.8] was observed when the love style was predominantly Mania. *Conclusions for practice:* Mothers' love styles can represent a significant source of intervention for children's better social-emotional outcomes and, possibly, other improvements in outcomes of the whole family.

Key words: love styles, social-emotional development, infants, mothers, parent-child relationship.

Significance

Human development includes different but complementary domains that evolve in the dynamic interchange of biological and environmental aspects. It is known that mothers largely constitute infants' social environment. The psychological functioning, mental health, and practices that mothers have with their children (e.g., maternal sensitivity and depression) are more directly related to children's outcomes. Our study provides further evidence that mothers' psychological functioning and corresponding attitudes are associated with children's social emotional outcomes. Our results reveal that more focus must be placed on the pattern of women's love, expressed by their love styles, since it is associated with the social-emotional development of their infants.

Introduction

Social-emotional development includes important capacities, such as self-awareness, self-management, social awareness, responsible decision making, and relationship management. This can be expressed by tasks of social problem solving, frustration tolerance, and management of affect (Denham & Weissberg, 2004). Early problems in social-emotional development are significantly associated with later behavioral problems, psychiatric diagnoses, and academic difficulties (Briggs-Gowan & Carter, 2008; Carter, Briggs-Gowan, & Davis, 2004; Treyvaud et al., 2012). However, few studies have focused on the social-emotional development of young children compared with cognitive and linguistic development (Carter et al., 2004).

Environmental susceptibility is instantiated in the biology of the nervous system (Ellis, Boyce, Belsky, Bakermans-Kranenburg, & IJzendoorn, 2011). Early biological and psychosocial experiences affect the brain and subsequent child development (Walker et al., 2011). Broad aspects, such as socioeconomic conditions, nutrition, diseases, as well as psychosocial factors, such as exposure to violence, stimulation/learning opportunities, parental depression and stress, parenting styles and quality, parents' marital quality, caregiver-child interactions and bonds, have been established as important environmental variables associated with child development outcomes (Erel & Burman, 1995; Hanington, Heron, Stein, & Ramchandani, 2011; Haskett & Willoughby, 2006; Parsons, Young, Rochat, Kringelbach, & Stein, 2011; Walker et al., 2011). It is known that multiple risks have more adverse impacts on children than singular risks and that ecological covariation exists among many childhood risks (Evans, Li, & Whipple, 2013; Servili et al., 2010). Literature has indicated that parents' practices with their young children (e.g., maternal sensitivity) are related more directly to children's outcomes and, if strengthened, can

facilitate more positive child social-emotional functioning (Whittaker, Harden, See, Meisch, & Westbrook, 2011).

Mothers largely constitute infants' social environments and intermediate their experience of the external world (Grace & Sansom, 2003), thereby mediating the learning of new skills. The quality of maternal interaction is widely assumed to influence children's development (Grace & Sansom, 2003; Maas, Vreeswijk, & vanBakel, 2013; O'Brien, Johnson, & Andeson-Goetz, 1989). Some factors of mothers can influence these interactions as well as the mother's mental health, mother's education level, mother's attachment, and mother's age (Carter, Garrity-Rokous, Chazen-Cohen, Little, & Briggs-Gowen, 2001; Fox, Platz, & Bentley, 1995; Giallo, Cooklin, Wade, D'Esposito, & Nicholson, 2013). Regarding mental health, maternal depression, for example, has been considered to be a prevalent public health issue, highly likely to continue for a substantial portion of woman (Connelly, Baker, Hazen, Landsverk, & Horwitz, 2010; Grace & Sansom, 2003; Horwitz, Briggs-Gowan, Storfer-Isser, & Carter, 2009;). This has been largely recognized as creating interaction disturbances in the mother-child relationship and consequently in child development (Field, 2010; Grace & Sansom, 2003). However, information regarding many of mothers' psychological functioning variables associated with the social emotional development of their child, especially indication of mothers' love, is still deficient. To explore as many possible correlations, mother's outcomes and the development of her child in infancy is important to build appropriate interventions before trajectories have been firmly established.

Studies have demonstrated the impact of women's interpersonal relationships on parenting practices. Regardless of their psychological adjustment, women who were in more close/confiding marriages, for example, were more likely to be warm and sensitive to their infants than mothers in less close/confiding marriages (Cox, Owen, Lewis, & Henderson, 1989).

In addition, a meta-analysis (Erel & Burman, 1995) concluded that troubled marital relationships are associated with more negative parent-child relations.

Lee (1977) developed a typology considering six main different ways that people experience, express, and think about love. His categories described the love styles as follows: Eros – this style is characterized by strong physical attraction, emotional intensity, and a sense of inevitability of the relationship; Ludus – love is considered as a game to be played with a diverse set of patterns over time, and deception of the partner and lack of disclosure about self and other partners are prime attributes of ludus; Storge – in this style, love is considered to be friendship, and it is quiet and companionate; Pragma – love is experienced as a shopping list of desired attributes (e.g., fitting into the family, good parent, etc.) and is focused on practicality and suitability; Mania – this style might be called “symptom love” as Mania is intense, marked by possession, alternating between ecstasy and agony; and finally, Agape – this style is characterized by selfless regard and is sacrificial, placing the loved person’s welfare above one’s own (Hendrick and Hendrick, 2006; Levine, Aune, & Park, 2006).

Considering the characteristics of the love styles, the low or high presence of the styles possibly interacts with mothers’ sensitivity, responsiveness, and interactivity toward their children, consequently correlating to children’s social-emotional development. More pathologic or unstable attitudes about love could moderate parental negative affection and attitudes; healthier love styles could facilitate positive parenting affection and attitudes.

Potential singular risks that comprise children’s environment and represent some risk for their development must be examined as much as possible. This study examines the correlation between women’s romantic love styles and their children’s social-emotional development

outcomes. Moreover, it extends the research on possible factors that can interfere with the course of children's social-emotional development.

Methods

Study design

This study was conducted with a cohort intended to follow maternal mental health and the development of their children in a southern Brazilian city.

Participants

Between October 2009 and March 2011, the participants were recruited from 47 primary healthcare units and three obstetric ambulatory care units that are part of the National Public Health System. All pregnant adolescents, aged up to 19 years, who were enrolled in a prenatal program of the municipal health system, were asked to participate in the study. If they accepted to participate in the study, follow-up sessions were conducted, even with their children after birth. This study included the first 544 mother-child dyads who completed 30 months after birth.

Procedure

A larger study was conducted on three occasions, including three mothers' interviews and two child assessments. The first occasion occurred during pregnancy, with a mean gestational age of 23 weeks; the second occurred between 30 and 60 days postpartum; and the third (the period of this study) occurred approximately 30 months postpartum. The first two moments were conducted during home visits. The third wave occurred at the Psychological Clinic of the University.

Thereafter, mothers accompanied their children during the instrument application. Subsequently, the mothers were interviewed and assessed. Brief feedbacks regarding the assessments were given to the mothers at the end of the visit.

Measures

Socio-demographic variables

A self-report questionnaire was used to obtain socio-demographic data from the mothers and their children. Regarding the mothers, we collected information about their age, marital status, education, and socioeconomic status. *Age* was dichotomized into two groups: up to 19 and 20 or more. *Marital status* was categorized into living with a partner or not. *Education* (years of study) was grouped into four categories: less than 5 years, between 5 and 8 years, between 8 and 11 years, and between 11 and 14 years. *Socioeconomic status* was measured according to the Economic Classification for Brazil, from the Brazilian Association of Population Survey Companies (ABEP, 2009), and ranked from the highest income level (A) to the lowest (E), with the levels then grouped into three categories: A/B, C, and D/E. Information collected regarding the child included age, sex, birth weight, preterm birth, primary caregiver, and daycare attendance. *Birth weight* was considered to be low if it was less than 2.500 kg. *Preterm* infants included those born before the completion of 37 weeks of gestation. *Primary caregiver* was dichotomized into mother and others (e.g., father, grandmother, and aunt).

Love styles

A Brazilian validated version of the Love Attitudes Scale (LAS) was administered (Berti, Zilberman, Sophia, Gorenstein, Pereira, Lorena et al., 2011). The LAS scale, developed by Hendrick, Hendrick and Dick (1998), assesses the six love styles suggested by Lee (1977) and contains 24 items separated into six corresponding subscales. Cronbach's alpha reliabilities for all six subscales in the Brazilian sample were generically acceptable: Eros (0.741), Storge (0.898), Pragma (0.648), Mania (0.876), Agape (0.881), with the exception of Ludus (0.448). Participants answered the items taking their current or last romantic relationship as a reference.

The items were responded to on a five-point scale with end points at 1 (*totally agree*) and 5 (*totally disagree*). In this manner, lower scores of love styles indicated higher endorsement of that love style. An advantage of using this measure is the possibility of investigating the relationship between romantic mothers' love styles and their children's development, independently of the status of her love relationship.

Major depressive episode

The presence of a major depressive episode was assessed by means of a validated Portuguese version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (Amorin, 2000). The instrument has adequate validity and reliability to assess current major depressive disorder (MDD) according to DSM-IV and ICD-10 criteria. The instrument comprises a short structured interview, usually administered in less time than other diagnostic interviews, suitable for use in research. The interviews were conducted by trained psychologists.

Child development

The children were assessed using the Social-Emotional scale of the Bayley Scales of Infant Development III (Bayley, 2006). This scale is administered to the primary caregiver of the child and includes items regarding self-regulation, communicating needs, engaging others and establishing relationships, and using emotional signals or gestures to solve problems (Bayley, 2006). The Bayley Scale has not been validated for the Brazilian population, and no cut-off values for the subscales have been determined. Thus, the most methodologically appropriated value to be considered was the composite score.

Statistical analyses

Statistical analyses were conducted using simple frequencies to characterize the sample and demonstrate the distribution of mothers' love styles as well as the children's social-emotional

development. Bivariate analysis was managed to establish the associations between the love styles, socio-demographic characteristics, and child development. Further, the correlation between mothers' love styles and their children's development was estimated using Spearman's correlation coefficient. Finally, all variables with p -values < 0.2 were included in the multivariate analysis, which was conducted for confounding adjustment. In the adjusted analysis, p -values ≤ 0.05 were considered to indicate statistical significance. The statistical analysis was realized in the SPSS 21.0 for Windows.

Ethics

This study was approved by the research ethics committee of the Catholic University of Pelotas. Confidentiality of data and care with information management were assured. The participants who screened positive for any psychiatric disorder or suicidal behavior were referred to the psychiatric clinic of the University. Similarly, the children who showed poor performance in the Bayley Scale were sent to a mental health clinic.

Results

Of the initial 544 mother-child dyads, 539 (99%) completed the measurement instruments. Maternal age ranged from 15 to 23 years, with a mean age of 20 years ($SD \pm 1.5$). Most of the mothers (67%) were aged 20 years or above, were living with a partner (54%), were not working (64%), belonged to the middle economic class (69%), and had between 5 and 8 years of education (40%). Thirty-three percent of the mothers presented a major depressive episode. General means in the LAS were as follows: Eros, 9.5 ($SD \pm 4.5$); Ludus, 14.0 ($SD \pm 3.8$); Storge, 11.4 ($SD \pm 5.9$); Pragma, 13.0 ($SD \pm 4.2$); Mania, 13.1 ($SD \pm 4.6$); and Agape, 13.0 ($SD \pm 4.7$) [note that lower means represents greater presence of the style]. The children were predominantly females (50.5%), with a mean age of 30.7 months ($SD \pm 3.4$). In relation to

prematurity, 20.6% were preterm birth babies and 8% had a low birth weight. Regarding their care, their main caregiver was the mother (80%) and 20.7% were attending to daycare. The children's social-emotional general mean score in the Bayley-III was 88.5 (SD \pm 18.2). (Table 1 and 2)

In bivariate analysis, higher social-emotional scores displayed an association with mothers who were living with a partner ($p = 0.011$), with children born with adequate birth weight and with those born at term ($p < 0.001$). Spearman's coefficient indicated a significant correlation between some mothers' romantic love styles and the social-emotional development of their children. The larger the Eros scores, the greater the scores of social-emotional development ($r = -0.177$). On the other hand, greater presence of Pragma and Mania was related to lower social-emotional development ($r = 0.097$ and $r = 0.149$, respectively). (Table 3)

After adjusting for possible confounding variables, using a linear regression, social-emotional scores remained associated with mothers living with a partner ($p = 0.010$), children's preterm birth ($p = 0.021$), and the mothers' love styles—Eros ($p = 0.015$) and Mania ($p = 0.027$). Children of mothers who were living with a partner demonstrated an increase of 4.3 points [95% CI: 1.0; 7.7] in the mean of the social-emotional scale compared with children of mothers who were not cohabitating with a partner; children who were born prematurely had a decrease of 5.1 points [95% CI: -9.4; -0.7] compared with children who were born at term. Children of mothers whose love style was predominantly Eros presented an increase of 0.4 points [95% CI: -0.9; -0.1] in the mean of the socio-emotional scale; a decrease of 0.4 points [95% CI: 0.1; 0.8] was observed when the love style was predominantly Mania. (Table 4)

Discussion

The results showed that mothers' love styles—Eros and Mania—remained associated with the social-emotional development of their children. As expected, Eros love style was associated with an increase in child outcomes and Mania was associated with a decrease.

The mechanisms by which the association between these love styles and the social-emotional development occurred are unclear. It is known that characteristics of the relationship with the partner directly influence the affective and physical availability in the care and involvement with the children, and marital quality is associated with greater availability in the engagement with children. Furthermore, couples that consider their relationship to be satisfactory show similar parent-child interaction. It is usually explained by the *spillover* effect, which occurs when a stressful experience in one context directly impacts an individual's affect or behavior in another context (Sears, Repetti, Reynolds, Robles, & Krull, 2016, Erel & Burman, 1995). Therefore, probably by this same effect, Eros love style, which is considered to be the warmer, healthier, and more satisfactory love style (Lee, 1977; Levine et al., 2006), is associated with better children outcomes. On the other hand, Mania love style, which is considered to be the more stressful, insecure, and symptomatic love style (Lee, 1977; Levine et al., 2006), is associated with poor child social-emotional development. Furthermore, the love styles reflect patterns of social emotional interaction in romantic relationships. Possibly, they have a link with the individual's level of social-emotional development. Thus, Eros could reflect a higher level of social-emotional development of the individual, whereas Mania could reflect a lower level of social-emotional development. From this perspective, mothers probably interact with their children in analogue ways, according to their social-emotional level.

The positive association between children's social-emotional development and mothers living with partner can be based on some hypothesis. Possibly, living with a partner indicates a

mother's satisfaction and emotional well-being, interfering with their warmth and sensitivity in the interaction with the child. Furthermore, single mothers have been identified as having less positive parenting practices (Fox et al., 1995). Another possible relation is regarding the direct role of the presence of the partner in the development of the child. In a study concerning the influence of fathers on children development, it was found that fathers' supportiveness matters for children's social and emotional behaviors, over and above mothers' engagements (Cabrera, Shannon, & Tamis-LeMonda, 2007).

The lower performance of premature children is in consonance with the literature that indicates an increased risk for social-emotional problems (Treyvaud et al., 2012). Impacts can be seen even in adulthood according to a Norway cohort of 903,402 infants. This study demonstrated that the risks of psychological, behavioral, and emotional development disorders increased with decreasing gestational age at birth (Moster, Lie, & Markestad, 2008).

Interestingly, although mothers' depression has been extensively associated with children's emotional and behavioral problems (Goodman, 2011), this association was not found in our study. Carter et al. (2001), for example, found maternal depression to be a risk to the mother-child dyad, only for mothers with comorbid diagnoses. These data indicates the possible bias of publications encompassing mostly positive associations. Further, it reinforces the notion that child development is multifactor influenced (Evans et al., 2013; Servili, Medhin, Hanlon, Tomlinson, Worku, & Baheretibeb, 2010) and that other mothers' psychological conditions over and above depression deserve consideration, assessment, and intervention. Marital conflict, for example, has explained (at least partial) the association between maternal depression and adverse child outcomes (Hanington et al., 2011).

Some limitations of the study must be acknowledged. First, some measurement concerns warrant caution in interpreting the results of this study. Observation measure of the social-emotional development was included in this study so that our social-emotional outcomes are only based on the mothers' observations and perceptions. In addition, there is a lack of information about parenting practices and characteristics that possibly mediate, at least in part, the relation between mothers' love styles and children's social-emotional development. Furthermore, the cross-sectional design of this study does not allow us to establish causal relations and model possible reciprocal relationships between parent and children variables.

Conclusions for Practice

This study aimed to examine the association between mothers' romantic love styles and the social emotional development of their children. Even considering possible confounding variables, mothers' love styles—Eros and Mania—remained associated with the children's social-emotional outcomes. As expected, Eros love style associated with greater social-emotional performance while Mania associated with the worst performance.

These findings provide further evidence that mothers' psychological functioning and corresponding attitudes are associated with children's social-emotional outcomes, reinforcing the recurrent notion extensively found in the literature that young children deeply depend on their mother to be the subject construction. Thus, if due importance is given to maternal patterns of relationships (adequate assessment and treatment, if necessary), children's social-emotional difficulties can probably improve. Besides, the chronicity of established harmful patterns, as indicated by Mania love style, perhaps predicts even worse outcomes in children. Therefore, mothers' love styles can represent a significant source of intervention for children's effective social-emotional outcomes and, possibly, other improvements in outcomes of the whole family.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest relevant to this article to disclose.

Author Acknowledgements

This work was supported by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). We would like to thank the FAPERGS, and also the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) for the scholarships availability. Special thanks to the women their infants who participated in our study.

References

1. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-15.
2. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Brasil: Critério de classificação econômica. <http://www.abep.org/criterio-brasil> (2009). Accessed 20 Nov 2015.
3. Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Manual. 3rd ed. San Antônio, TX, USA: PsychCorp; 2006.
4. Berti, M. P., Zilberman, M. L., Sophia, E. C., Gorenstein, C., Pereira, A. P., et al. (2011). Validação de escalas para avaliação do amor patológico. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38, 135-138.
5. Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121(5), 957–962.
6. Cabrera, N. J., Shannon, J. D., & Tamis-LeMonda, C. (2007) Fathers' influence on their children's cognitive and emotional development: from toddlers to pre-k. *Applied Development Science*, 11(4), 208–213.
7. Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109–134.
8. Carter, A., Garrity-Rokous, F. E., Chazen-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowen, M. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 18–26.

9. Connelly, C., Baker, M., Hazen, A., Landsverk, J., & Horwitz, S. (2010). A model for maternal depression. *Journal of Women's Health, 19*, 1747–1757.
10. Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M., & Henderson, V. K. (1989) Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development, 60*, 1015-1024.
11. Denham, S. A., & Weissberg, R. P. (2004). Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. In E. Chesebrough, P. King, T. P Gullota, & M. Bloom (Eds.), *A blueprint for the promotion of prosocial behavior in early childhood* (pp. 13-50). New York: Kluver Academic.
12. Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: a neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology, 23*(1), 7-28.
13. Erel, O., & Burman, B. (1995) Interrelatedness of Marital Relations and Parent-Child Relations: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin, 118*(1), 108-132.
14. Evans, G. W., Li, D., & Sepanski Whipple, S. (2013). Cumulative Risk and Child Development. *Psychological Bulletin, 139*(6), 1342-1396.
15. Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior Development, 33*(1), 1-6.
16. Fox, R. A., Platz, D. L., & Bentley, K. S. (1995). Maternal factors related to parenting practices, developmental expectations, and perceptions of child behavior problems. *The Journal of Genetic Psychology, 156*, 431-441.
17. Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2013). Maternal postnatal mental health and later emotional-behavioural development of children: the

- mediating role of parenting behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 40, 327–336.
18. Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1–27.
 19. Grace, S. L., & Sansom, S. (2003). The effect of postpartum depression on the mother infant relationship and child growth and development. In Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. -L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Retrieved from:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh%26chd_chapter_3.pdf.
 20. Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2011) Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: care, health and development*, 38(4), 520–529.
 21. Haskett, M. E., & Willoughby, M. (2006). Paths to child social adjustment: parenting quality and children’s processing of social information. *Child: care, health and development*, 33(1), 67–77.
 22. Hendrick, C., & Hendrick, S., (2006). Styles of Romantic Love, in: Sternberg, R., Weis, K. (Eds.), *The New Psychology of Love* (pp. 149-170). London: Yale University Press.
 23. Hendrick, C., Hendrick, S., & Dick, A. (1998). The love attitudes scale: short form. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 147-159.
 24. Horwitz, S. M., Briggs-Gowan, M. J., Storfer-Isser, A., & Carter, A.S. (2009) Persistence of maternal depressive symptoms throughout the early years of childhood. *Journal of Women’s Health*, 18(5), 637–645.

25. Lee, J. A., 1977. A typology of styles of loving. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 3, 173-182.
26. Levine, T. R., Aune, K. S., & Park, H. S. (2006). Love styles and communication in relationships: partner preferences, initiation, and intensification. *Communication Quarterly*. 54, 465-486.
27. Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., & vanBakel, H. J. A. (2013). Effect of situation on mother–infant interaction. *Infant Behavior & Development*, 36(1), 42–49.
28. Moster, D., Lie, R.T., & Markestad, T. (2008) Long-term medical and social consequences of preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262–273.
29. O’Brien, M., Johnson, J. M., & Andeson-Goetz, D. (1989), Evaluating quality in mother–infant interaction: situational effects. *Infant Behavior & Development*, 12, 451–464.
30. Parsons, C. E., Young, K. S., Rochat, T. J., Kringelbach, M. L., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101, 57–79.
31. Sears, M. S., Repetti, R. L., Reynolds, B. M., Robles, T. F., & Krull, J. L. (2016). Spillover in the home: the effects of family conflict on parents’ behavior. *Journal of Marriage and Family*, 78, 127–141.
32. Servili, S., Medhin, G., Hanlon, C., Tomlinson, M., Worku, B., Baheretibeb, Y., et al. (2010). Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE birth cohort. *BMC Public Health*, 10 (693), 1-12.
33. Treyvaud, K., Doyle, L.W., Lee, K. J., Roberts, G., Lim, J., Inder, T. E., & Anderson, P. J. (2012) Social–Emotional Difficulties in Very Preterm and Term 2 Year Olds Predict

Specific Social–Emotional Problems at the Age of 5 Years. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(7), 779–785.

34. Walker, S., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Neslon, C. A., Huffman, S. L, et al. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early childhood development. *Lancet*, 378, 1325–1338.
35. Whittaker, J. E. V., Harden, B.J., See, H.M., Meisch, A.D., & Westbrook, T.R. (2011). Family risks and protective factors: Pathways to early head start toddlers’ social–emotional functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 74–86.

Table 1

Mothers' characteristics and its association with children's social-emotional development (Bayley-III scores)

Mothers' variables	N (%)	Children social-emotional development	
		Mean (\pm SD)	p-value
Age (N=539)			0.463
Up to 19	179 (33.2)	87.5 (18.4)	
20 or more	360 (66.8)	88.8 (18.1)	
Lives with partner (N=538)			0.011
No	249 (46.3)	86.2 (17.5)	
Yes	289 (53.7)	90.3 (18.6)	
Work (N=539)			0.660
No	343 (63.6)	88.7 (18.8)	
Yes	196 (36.4)	87.9 (17.2)	
Socioeconomic status (N=512)			0.690
A+B	84 (16.4)	88.9 (16.6)	
C	355 (69.3)	87.8 (17.9)	
D+E	73 (14.3)	90.3 (22.5)	
Education (N=538)			0.129
Less than 5 years	40 (7.4)	83.4 (19.2)	
Between 5 and 8 years	214 (39.8)	87.4 (19.3)	
Between 8 and 11 years	194 (36.1)	90.2 (18.1)	
Between 11 and 14 years	90 (16.7)	89.3 (14.9)	
Major depressive episode (N=513)			0.060
No	346 (67.4)	89.5 (18.8)	
Yes	167 (32.6)	86.2 (16.9)	
Total	539 (100.0)	88.5 (18.2)	

Table 2

Children's characteristics and its association with their social-emotional development (Bayley-III scores)

Children's variables	N (%)	Children social-emotional development	
		Mean (\pm SD)	p-value
Genre (N=537)			0.069
Male	266 (49.5)	87.0 (18.3)	
Female	271 (50.5)	90.0 (18.1)	
Low birth weight (up to 2.499 kg) (N=537)			<0.001
No	493 (91.8)	89.2 (18.4)	
Yes	44 (8.2)	79.6 (12.9)	
Preterm birth (N=534)			<0.001
No	424 (79.4)	89.7 (18.8)	
Yes	110 (20.6)	83.4 (14.7)	
Primary caregiver (N=534)			0.969
Mother	427 (80.0)	88.4 (18.0)	
Others	107 (20.0)	88.3 (9.3)	
Daycare attendance (N=535)			0.560
No	424 (79.3)	88.7 (18.4)	
Sim	111 (20.7)	87.5 (17.6)	
Total	539 (100.0)	88.5 (18.2)	

Table 3

Bivariate correlation between maternal romantic love styles and child social-emotional development (Bayley-III)

Variables	Mean (\pm SD)	Social-emotional development	
		<i>r</i>*	p-value
Eros love style	9.5 (4.5)	-0.177	0.010
Ludus love style	14.0 (3.8)	-0.023	0.618
Storge love style	11.4 (5.9)	0.026	0.563
Pragma love style	13.0 (4.2)	0.097	0.031
Mania love style	13.1 (4.6)	0.149	0.001
Agape love style	13.1 (4.7)	0.066	0.144

Note. *Spearman coefficient correlation. Lower scores of love styles indicate higher endorsement of that love style.

Table 4

Adjusted multivariate analysis in relation to children' social-emotional scores (Bayley-III)

Variables	B social-emotional adjusted [CI 95%]	P – value
Mothers' variables ^a		
Lives with partner (no)	4.3 [1.0; 7.7]	0.010
Education (less than 5 years)	0.9 [-0.5; 2.3]	0.210
Children' variables ^b		
Genre (male)	2.9 [-0.3; 6.2]	0.075
Low birthweight (no)	-6.0 [-12.4; 0.3]	0.063
Preterm birth (no)	-5.1 [-9.4; -0.7]	0.021
Mothers' major depressive episode ^c (no)	-2.9 [-6.4; 0.6]	0.104
Mothers' love styles ^d		
Eros love style	-0.4 [-0.9; -0.1]	0.015
Pragma love style	0.1 [-0.2; 0.5]	0.524
Mania love style	0.4 [0.1; 0.8]	0.027
Agape love style	0.3 [-0.1; 0.6]	0.177

Note. ^a Mothers' variables were adjusted for each one. ^b Children' variables were adjusted for each one and for mothers' variables. ^c Mothers' major depressive episode variable was adjusted for mothers' and children' variables. ^d Mothers' love styles variables were adjusted for each one, mothers' variables, children' variables and mothers' major depressive episode.

PARTE III - Considerações Finais

O presente trabalho foi conduzido no sentido de cumprir com os objetivos traçados e responder às hipóteses elaboradas no projeto de pesquisa. Os resultados concernentes a este trabalho se traduzem nos dois artigos científicos apresentados.

O primeiro artigo procurou verificar a associação entre os estilos de amor de jovens mulheres e a presença de episódios depressivos maiores. Além disso, buscou estimar o efeito do TDM nos estilos de amor. A hipótese previamente formulada, testada neste artigo foi a seguinte:

As mulheres com diagnóstico de TDM, especialmente as que manifestarem cronicidade, apresentarão estilos de amor mais patológicos.

Os resultados revelaram que esta hipótese teve corroboração parcial. Dos estilos de amor considerados mais patológicos (baixo Eros, alto Ludus, baixo Storge, alto Pragma, alta Mania e alto Ágape), baixo Eros, alta Mania e alto Ágape mantiveram-se associados ao TDM. Foi encontrado um efeito importante do TDM em sua manifestação crônica, seguido pelo TDM atual. Entretanto, esta associação não foi encontrada em relação ao TDM e os estilos de amor no período perinatal. Ainda que a literatura aponte que o TDM traga prejuízos para os relacionamentos românticos esta relação de causalidade não pode ser afirmada no presente estudo, pois os estilos de amor foram avaliados apenas na última etapa.

O segundo artigo objetivou investigar a correlação entre os estilos de amor de jovens mulheres e o desenvolvimento sócio-emocional de seus filhos aos 30 meses. A investigação foi regida considerando as seguintes hipóteses:

Os estilos de amor das mulheres, Eros e Storge, se correlacionarão positivamente ao desenvolvimento sócio-emocional das crianças.

Os estilos de amor das mulheres, Ludus, Pragma, Mania e Ágape se correlacionarão negativamente ao desenvolvimento sócio-emocional das crianças.

Estas hipóteses também foram parcialmente corroboradas. Como o esperado, Eros e Mania se correlacionaram ao desenvolvimento sócio-emocional das crianças e mantiveram-se associados mesmo depois de ajustados para variáveis possivelmente confundidoras. As crianças cujas mães apresentaram o estilo de amor predominante Eros, revelaram um aumento na média da escala, enquanto que, os filhos daquelas que apresentavam o estilo de amor predominante Mania, revelaram uma diminuição na média da escala. Entretanto, Pragma e Ágape perderam a força da associação após o ajuste para variáveis potencialmente confundidoras e Ludus e Ágape não demonstraram associação.

No decorrer deste trabalho buscou-se conhecer os estilos de amor e sua interface com temas de também extrema relevância para a saúde mental no ciclo do desenvolvimento humano. Dada a alta prevalência e comprometimento que o TDM acarreta na vida de quem o desenvolve, conhecer melhor como os estilos de amor se relacionam ao transtorno possibilitaria que novas possibilidades de intervenção sejam pensadas. Também considerar a exposição da criança aos estilos de amor e as repercussões que estes podem ter no seu desenvolvimento parece bastante pertinente, já que a criança depende profundamente das suas primeiras relações interpessoais para se constituir enquanto sujeito.

Trabalhadores da saúde mental, especialmente psicólogos e psiquiatras deparam-se rotineiramente com queixas envolvendo as relações interpessoais e, especialmente, as relações

amorosas. Os achados deste estudo apontam para a necessidade de que os estilos de amor sejam considerados como mais um componente importante, indicador da saúde psicológica da mulher e que pode inclusive repercutir no desenvolvimento dos filhos e de toda a família. Dessa forma, os estilos de amor apresentam-se como um potencial não apenas de avaliação, mas de intervenção para a promoção de padrões mais saudáveis e satisfatórios, que possam trazer benefícios para a pessoa que ama e os que a cercam.

ANEXO A – Questionário mãe



DESENVOLVIMENTO INFANTIL MÃE



Quest ____ mãe	Data de aplicação: ____ / ____ / ____
Nome: _____	
Telefone: _____ - _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____	
Telefone de um parente: _____ - _____	
Quem é este parente? ____ (Tio/a = 01 Sogro/a = 02 Cunhado/a = 03 Primo/a = 04 Amigo/a = 05 Enteado/a = 06 Filho/a = 07 Irmão/ã = 08 Pai/Mãe = 09 Padrasto/madrasta = 10 Sobrinho/a = 11 Noivo ou namorado = 12)	
Pretende se mudar? (0) Não (1) Sim Provável novo endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____

ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE LHE CONHECER MELHOR

1. Qual a sua idade? ____ anos

idade ____

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive companheiro
(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

estcivil ____

3. Qual a sua escolaridade?

- (0) Analfabeto / Primário incompleto
(1) Primário completo / Ginásial incompleto
(2) Ginásial completo / Colegial incompleto
(4) Colegial completo / Superior incompleto
(8) Superior completo

escol ____

4. Na tua casa tem:	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

tv __
radio __
banh __
aut __
mens __
maqlav __
vidvd __
gelad __
freez __

5. Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

esche __

- (0) Analfabeto / Primário incompleto
- (1) Primário completo / Ginásial incompleto
- (2) Ginásial completo / Colegial incompleto
- (4) Colegial completo / Superior incompleto
- (8) Superior completo

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

trab __

ANEXO B - Questionário criança



**DESENVOLVIMENTO INFANTIL
BEBÊ**



ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE SABER MAIS SOBRE SEU FILHO(A).

<p>1. Questionário n°: _____ criança</p>	<p>Quest _ _ _ _</p>
<p>2. Nome: _____</p>	<p>Nome ____</p>
<p>3. Nome da mãe: _____</p>	<p>Nomem ____</p>
<p>4. Nome do pai biológico: _____</p>	<p>Nomep ____</p>
<p>5. Data de nascimento: ____/____/____</p>	<p>Dn __/__/__</p>
<p>6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino</p>	<p>Sexo__</p>
<p>ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança!</p>	
<p>7. Peso ao nascer: _____ KG</p>	<p>Peson __, _ _ _</p>
<p>8. Comprimento ao nascer: _____ CM</p>	<p>Compn __ __</p>
<p>9. Peso atual: _____ KG</p>	<p>Pesoat __, _ _ _</p>
<p>10. Comprimento atual: _____ CM</p>	<p>Compat __ __</p>
<p>11. APGAR: ____/____/____</p>	<p>Apgar _/___/___</p>
<p>12. Perímetro cefálico: _____ CM</p>	<p>Percef __ __</p>
<p>13. Quantas semanas de gravidez tu alcançou? _____</p>	<p>Semanas ____</p>
<p>14. O bebê nasceu no tempo?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>Atermo __</p>

15. Seu parto foi:

(0) normal (1) cesariana

Tipopart __

16. Quem cuidou da criança a maior parte do tempo, ao longo destes primeiros anos de vida?

(1) Mãe (2) Pai (3) Avó (4) Irmãos

Qcui __

(5) Outra pessoa: _____

Outra __ __

17. Seu filho(a) fica em alguma creche atualmente?

(1) Sim (2) Não

Creche __

ANEXO C – Mini Plus (Módulo referente ao episódio depressivo maior)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANIACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M18B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
		A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3		Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:		Episódio Atual		Episódio Passado		
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, + 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM			5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM			6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM			7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM			8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM			9
SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM								

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?		NÃO	SIM	NÃO	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
	VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS. SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
	SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→		
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
	SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>					
	A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14					
	SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					

A8 COTAR **SIM** SE A7 (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR **SIM** SE A7b = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

- A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância (p. 397)</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- | | | | |
|-----|---|----------------------------|-----|
| A11 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais, esses problemas de depressão ? | <input type="text"/> Idade | 15 |
| A12 | Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? | <input type="text"/> | 16 |
| A13 | Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? | <input type="text"/> | 16b |
-

ANEXO D – Consentimentos livres e esclarecidos relativos a mãe e ao seu filho

QUEST. _____



**CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E
EXTENSÃO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – BEBÊ**

**PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES
GRÁVIDAS**

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão convidando seu/sua filho(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar que o seu/sua filho(a) faça parte deste estudo, você terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados os dentes e a gengiva de seu/sua filho(a), assim como, será necessária a coleta de saliva dele(a) para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados de seu/sua filho(a) fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a identidade de seu/sua filho(a) permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de privacidade dele(a).

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma ao seu/sua filho(a), mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, se seu/sua filho(a) apresentar necessidade de tratamento odontológico será encaminhado à Faculdade de Odontologia, se assim desejar. Você é livre para recusar a participação de seu/sua filho(a) no estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável pela criança:

Declaração de Responsabilidade do Entrevistador

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu consentimento para participação de seu/sua filho(a).

Entrevistador: _____



Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento
Mestrado e Doutorado
Universidade Católica de Pelotas



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - BEBÊ

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão convidando seu/sua filho(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar que o seu/sua filho(a) faça parte deste estudo, você terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados os dentes e a gengiva de seu/sua filho(a), assim como, será necessária a coleta de saliva dele(a) para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados de seu/sua filho(a) fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a identidade de seu/sua filho(a) permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de privacidade dele(a).

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma ao seu/sua filho(a), mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, se seu/sua filho(a) apresentar necessidade de tratamento odontológico será encaminhado à Faculdade de Odontologia, se assim desejar. Você é livre para recusar a participação de seu/sua filho(a) no estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável pela criança:

Declaração de Responsabilidade do Entrevistador

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu consentimento para participação de seu/sua filho(a).

Entrevistador: _____



Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento
Mestrado e Doutorado
Universidade Católica de Pelotas



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃE

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Entrevistador: _____



Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento
Mestrado e Doutorado
Universidade Católica de Pelotas



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃE

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Entrevistador: _____