

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

RUSSÉLIA VANILA GODOY

Cronicidade da depressão materna no primeiro ano pós-parto e o desenvolvimento infantil: estudo longitudinal

PELOTAS
MARÇO DE 2009

RUSSÉLIA VANILA GODOY

Cronicidade da depressão materna no primeiro ano pós-parto e o desenvolvimento infantil: estudo longitudinal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

PELOTAS
MARÇO DE 2009

AGRADECIMENTOS

Ao **meu orientador**, Ricardo Pinheiro, por acreditar e investir no meu trabalho desde o 5º semestre da faculdade, pelo incentivo, pelo conhecimento e pela experiência que dividiu comigo durante estes anos.

A **minha família**, pelo amor e carinho que me dedicam, pelo apoio incondicional, por se fazerem sempre presentes mesmo distantes fisicamente, pelo exemplo.

Ao **Julio Simões**, por compreender a distância, o stress e o cansaço. Obrigada por me ajudar a superar os obstáculos e por me dar tranquilidade para fazer o meu trabalho.

A **Flavia Jonas e Roberta Canez**, pelo estímulo e pela eficiência, sempre buscando ajudar e facilitar o nosso trabalho.

A **Elaine Tomasi e Ricardo Silva**, que há muito tempo acompanham a minha formação acadêmica, obrigada por tudo o que me ensinaram de clínica, de pesquisa e da vida.

Ao **professor Alfredo Lhullier**, pela gentileza de abrir a sua sala de aula para que eu pudesse vivenciar o meu estágio docente, obrigada pelas dicas e pelo carinho.

Meus **colegas de mestrado**, foi maravilhoso compartilhar estas experiências com vocês.

A **toda equipe da “DPP”**, muito obrigada pela oportunidade de fazer parte deste grupo. Sempre lembrarei da primeira experiência como terapeuta e pesquisadora, do prazer que tínhamos em ir para as reuniões, dos finais de semana que “passeávamos” pelos bairros fazendo questionário, das jantas na casa da Camila, do Pinheiro e do Silva, entre milhões de outras recordações...

Karen, Lili, Lú, Carol, Tati e Dani, colegas de faculdade e de pesquisa que se transformaram em amigas para todas as horas e que hoje são a minha segunda família. Não tenho como agradecer todo o apoio para a elaboração deste trabalho.

Daniel Pra, Jean Oses e Juliana Bonini, pela companhia e amizade.

Aos **bolsistas e voluntários da pesquisa**, obrigada pela dedicação e pelo apoio.

Ao **Luciano Sousa**, pela sua disponibilidade, pelos conselhos e pela amizade.

Ao **CNPQ**, pelo suporte financeiro.

SUMÁRIO

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

I. IDENTIFICAÇÃO	9
1.1 TÍTULO.....	9
1.2 MESTRANDA.....	9
1.3 ORIENTADOR.....	9
1.4 INSTITUIÇÃO.....	9
1.5 LINHA DE PESQUISA.....	9
1.6 DATA.....	9
II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	10
2.1 INTRODUÇÃO.....	10
2.2 OBJETIVOS.....	11
2.3 HIPÓTESES.....	12
III. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	14
IV. MATERIAL E MÉTODOS	19
4.1 DELINEAMENTO.....	19
4.2 AMOSTRA.....	19
4.2.1 cálculo da amostra.....	19
4.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	21
4.4 ESTUDO-PILOTO.....	22
4.5 COLETA DE DADOS.....	23
4.6 INSTRUMENTOS.....	26
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
4.9 CRONOGRAMA.....	30
V. REFERÊNCIAS	31
VI. ANEXOS	34
ANEXO A - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	34

ANEXO B – Proposta de questionário sobre o bebê.....	36
ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido.....	39
ANEXO D – Encaminhamentos.....	40

PARTE II - ARTIGO

RESUMO.....	42
ABSTRACT.....	43
INTRODUÇÃO.....	44
MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
RESULTADOS.....	48
DISCUSSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	54
FIGURAS E TABELAS.....	59

LISTA DE TABELAS

PROJETO DE PESQUISA

Tabela 1- Seleção dos estudos de campo sobre o tema.....	15
Tabela 2 - Seleção de meta-análise e revisões de literatura sobre a influência da DPP no desenvolvimento infantil.....	17

ARTIGO

Tabela 1 – Distribuição de uma amostra de 380 díades e médias das escalas de desenvolvimento mental, motor e comportamental, em um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano de 2008.....	60
Tabela 2 - Regressão linear bruta e ajustada dos domínios mental e motor da Escala Bayley II, conforme modelo hierárquico previamente proposto.....	61

LISTA DE FIGURAS

PROJETO DE PESQUISA

Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados.....24

Figura 2 – Proposta inicial do modelo teórico de análise.....28

ARTIGO

Figura 1 – Modelo Hierárquico utilizado na análise multivariada dos desfechos desenvolvimento mental e motor.....59

RUSSÉLIA VANILA GODOY

**Influência da Depressão Materna no Atraso do
Desenvolvimento Infantil, aos 12 meses, na zona
urbana da cidade de Pelotas/RS.**

Projeto de pesquisa elaborado
para o Mestrado em Saúde e
Comportamento da UCPEL, sob
a orientação do Prof. Dr. Ricardo
Tavares Pinheiro.

Pelotas, Setembro de 2007.

PARTE I – PROJETO DE PESQUISA

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. TÍTULO: Influência da Depressão Materna no Atraso do Desenvolvimento Infantil, aos 12 meses, na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2. MESTRANDA: Russélia Vanila Godoy.

1.3. ORIENTADOR: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1.4. INSTITUIÇÃO: Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. LINHA DE PESQUISA: Amamentação e puerpério

1.6. DATA: Setembro de 2007

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 INTRODUÇÃO:

Desenvolvimento infantil é um processo que não envolve somente o crescimento físico e a maturação biológica da criança, mas também está relacionado à construção das habilidades cognitivas, sociais e afetivas. Diz respeito à competência da criança em executar determinadas tarefas e ter comportamentos apropriados para a faixa etária em que se encontra.¹

O processo evolutivo é influenciado por muitas variáveis, produzido por uma combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Prematuridade, defeitos congênitos e danos cerebrais são marcadores de risco conhecidos para atraso no desenvolvimento, entretanto, ao longo dos primeiros anos de vida os riscos biológicos vão perdendo importância e aspectos psicossociais ganham influência.²

Crianças são muito sensíveis quanto à qualidade do cuidado que recebem. Nos primeiros anos de vida a mãe, no papel de cuidadora primária, é a principal responsável por proteger o filho dos estressores e também deve prover estímulos táteis, visuais e auditivos adequados. Se a mãe falha nessa sua função, as chances de prejuízo nos processos do desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente, levando a repercussões a médio e longo prazo.^{3,4,5}

Estudos sugerem que o primeiro evento adverso importante da vida do recém-nascido é vivenciar a depressão dos seus pais.⁶ A Depressão Pós-parto (DPP), é um transtorno que se manifesta a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas.⁷

Um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano 2000, encontrou uma prevalência de DPP em 19,1% das mães. Este índice está de acordo com os dados encontrados na literatura que varia de 10 a 20%.⁷

Acredita-se que neste contexto, a habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades da criança fica muito prejudicada e por este motivo é de extrema importância investigar os efeitos da DPP na prole.

A mãe deprimida possui atitudes altamente variáveis com o seu recém-nascido, tendo alguns comportamentos considerados não adequados como; desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança.⁸

Diversos estudos confirmam a hipótese de que uma mãe deprimida pode afetar negativamente o desenvolvimento do seu filho^{2,3,4,5,8,9,10}, entretanto, devido a limitações do delineamento adotado, poucos estudos avaliam separadamente as três características do transtorno; cronicidade, gravidade e tempo do episódio. A quantidade de tempo em que a criança fica exposta, a gravidade do sintoma materno e o momento da exposição impactam de forma diferenciada o desenvolvimento infantil.^{11,12}

Propomos esta pesquisa, a fim de esclarecermos qual repercussão de uma mãe deprimida no processo evolutivo do bebê em nosso meio, já que são escassos os estudos sobre o tema no Brasil.

2.2 OBJETIVOS:

- Determinar a frequência de atraso no desenvolvimento infantil aos 12 meses de vida do bebê, na cidade de Pelotas/RS.
- Analisar o impacto da gravidade, cronicidade e tempo da depressão materna no desenvolvimento de crianças com 1 ano de idade.

2.3 HIPÓTESES:

- Estima-se que 30% das crianças com 1 ano possuem atraso no seu desenvolvimento.
- Depressão materna é fator de risco para prejuízo no desenvolvimento infantil.
- A cronicidade da depressão materna está associada com pior desempenho nas habilidades cognitiva, motora, adaptativa, sócio-emocional e da linguagem, aos 12 meses de vida.
- A gravidade do sintoma materno é proporcional à intensidade do prejuízo no desenvolvimento da criança.
- O episódio depressivo ocorrendo exclusivamente no pré-parto ou aos 12 meses, tem menor influência no desenvolvimento do bebê do que quando a mãe está deprimida em algum momento entre os 30 e 90 dias após o parto.

III. REVISÃO DE LITERATURA

O processo evolutivo de uma criança é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais; condições da gestação e do nascimento e o meio em que o bebê vive são importantíssimos para predizer como se dará o seu desenvolvimento.

Os teóricos psicanalíticos foram os primeiros a perceber e valorizar a importância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento da criança. Winnicott difundiu a idéia de que a mãe é responsável por empatizar com as necessidades do bebê e satisfazê-las adequadamente, e isto ajudaria o filho a se desenvolver apropriadamente. A sua teoria da “mãe suficientemente boa”, entretanto, não se encaixa no perfil de uma mãe deprimida, que está emocionalmente indisponível.³

Atualmente, muitos estudos investigam a repercussão que este vínculo inadequado pode ter sobre as funções cognitivas, motoras, comportamentais e da linguagem dos bebês. As pesquisas comprovam que uma mãe deprimida interfere direta^{2,4,5,9,10,11} ou indiretamente¹³ na aquisição de competências do filho.

Murray (1992)¹³ mostrou que a DPP torna as crianças mais vulneráveis a efeitos adversos da baixa classe social e do gênero masculino, apesar de não afetá-las diretamente. Diferentemente, ocorreu nos estudos de To et al (2004)² e Ramchandani et al (2005)⁴ em que houve uma associação estatisticamente significativa entre depressão materna e atraso no desenvolvimento inicial. As crianças de mães com sintomas depressivos tiveram um risco aumentado em quase 3 vezes para presença de problemas emocionais e comportamentais.⁴

Quando a depressão materna é mais bem caracterizada e avalia-se separadamente a cronicidade, gravidade e tempo do episódio depressivo, como no estudo do Brennan (2000)¹¹, é possível compreender melhor a dinâmica do efeito da patologia sobre o bebê. As mulheres com casos mais graves e duradouros tem mais chances de possuírem filhos com problemas comportamentais e de linguagem. Considerando o tempo dos sintomas; episódio depressivo recente foi associado com mais altos índices de problemas de comportamento na prole.

Grace, Evindar e Stewart (2003)⁵ concluíram que a depressão materna crônica, antes do parto, está relacionada com efeitos posteriores na criança.

No Brasil, possuímos apenas alguns estudos com metodologia qualitativa que investigam este tema, mas por ser uma proposta de trabalho diferente da que adotaremos neste projeto de pesquisa, os artigos não foram incluídos em nossa revisão de literatura.

Abaixo, nas tabelas 1 e 2 encontram-se os artigos de maior relevância sobre a questão da depressão materna e o processo evolutivo da prole.

3.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

- **Pubmed em 30/07/2007, busca realizada por palavras.**

#1 – Development: 1.131.114 resumos

#2 - Child development OR children development OR baby development: 148.232 resumos

#3 - Post-partum depression OR mother depression: 4435 resumos

#4 - #2 AND #3: 613 resumos

#5 - #4 AND (12 months OR one year OR 1 year OR early development): **212 resumos**

- **Lilacs em 20/08/2007, busca por palavras.**

#1 – child development: 1299 resumos

#2 – postpartum depression: 52 resumos

#3 - #1 AND #2: **12 resumos**

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

Tabela 1- Seleção dos estudos de campo sobre o tema.

Autor, ano e país	População estudada	Instrumentos utilizados	Metodologia	Resultados encontrados	Limitações
Murray (1992). ¹³ Inglaterra	702 díades	<p>Mãe: EPDS e Standardized psychiatric interview.</p> <p>Crianças: Bayley Scales of infant mental development (1969), Reynell scales of language development e Piaget`s object concept tasks</p>	As mães foram avaliadas aos 2, 6, 12 e 18 meses do pós-parto. Os bebês foram avaliados aos 9 e 18 meses.	A depressão pós-parto não teve efeito no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, mas parece tornar as crianças mais vulneráveis a efeitos adversos da baixa classe social e do gênero masculino.	Para ser incluída a mãe necessitava ser casada e primípara. O bebê não podia ser de baixo-peso ou ter sido encaminhado para receber cuidados especiais.
Brennan et al (2000). ¹¹ Austrália	4953 mães e seus bebês.	<p>Mães: Delusions symptoms states inventory.</p> <p>Crianças: Child Behavior Checklist para problemas de comportamento, e Peabody Picture Vocabulary Test – revised para funções cognitivas.</p>	Os dados foram coletados 4 vezes: durante a gravidez, 3 a 4 dias depois do parto, 6 meses e 5 anos.	<p>Gravidade e cronicidade aumentam os problemas de comportamento e pioram os escores de vocabulário das crianças.</p> <p>O tempo dos sintomas depressivos não teve significância para os escores do vocabulário, mas depressão recente foi associada com mais altos índices de problemas de comportamento.</p>	<p>Aos 5 anos acumulou-se 30% de perdas.</p> <p>O instrumento do bebê era feito através do relato da mãe, exceto aos 5 anos.</p>

Continuação

<p>To et al. (2004).² Canadá</p>	<p>4987 crianças com idade entre 1 e 5 anos (na 1ª fase) e suas mães biológicas.</p>	<p>Crianças de 1 a 3 anos: Motor and Social Developmental De 4 a 5 anos: Peabody Picture Vocabulary Mães: Center of Epidemiologic Studies – Depression scale</p>	<p>Estudo prospectivo longitudinal com 2 etapas. O acompanhamento ocorreu 2 anos após a 1ª fase.</p>	<p>A prevalência de desenvolvimento pobre após os 2 anos de <i>follow-up</i> foi de 4.6%. Os fatores associados foram sexo masculino (OR 1,37 – 1,10 a 1,70), depressão materna (OR 1,64 – 1,25 a 2,15), baixa educação materna (OR 1,57 – 1,19 a 2,08), mães imigrantes (OR 1,93 – 1,38 a 2,71) e baixa renda familiar (OR 1,43 – 1,11 a 1,83).</p>	
<p>Ramchandani et al (2005)⁴ EUA</p>	<p>8431 pais, 11833 mães e 10024 crianças de 42 meses.</p>	<p>Mães e pais: Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) Crianças: Rutter revised preschool scales</p>	<p>Mães e pais foram avaliados 8 semanas após o parto. Os pais foram reavaliados aos 21 meses. Os dados do bebê são medidos aos 42 meses.</p>	<p>Resultados comportamentais e emocionais adversos foram associados com DPP materna (OR 2,76 – 2,14 a 3,55) e paterna (OR 2,09 – 1,42 a 3,08). Não há diferença na magnitude do efeito entre meninos (OR 2,64 – 1,87 a 3,71) e meninas (OR 3,00 – 2,06 a 4,38) de mães deprimidas (p= 0,770).</p>	<p>A escala que avalia desenvolvimento é respondida pela mãe.</p>

Tabela 2 – Seleção de meta-análise e revisões de literatura sobre a influência da DPP no desenvolvimento infantil.

Autor e ano	Estudos incluídos	Participantes	Desenho	Resultados	Limitações
Beck (1998) ¹⁰	9 estudos publicados entre 1978 e 1995.	Estudos envolvendo medida de efeito de DPP e desenvolvimento cognitivo e/ou emocional de crianças com mais de 1 ano.	Meta-análise. Tamanho total da amostra foi de 1473 pessoas. 6 amostras de conveniência, 2 randomizadas e 1 combinada.	Em 4 estudos que controlaram para depressão atual, o tamanho médio do efeito foi de $d= 0,30$ quando controlaram para tamanho da amostra, e $d= 0,34$ quando controlaram para rigor metodológico. Efeito pequeno.	A idade das crianças variou de 1 a 14 anos, e muitos outros fatores acabam interferindo o desenvolvimento.
Grace, Evindar e Stewart (2003) ⁵	7 artigos sobre desenvolvimento cognitivo e 6 sobre comportamento, publicados a partir dos anos 90.	Artigos sobre o efeito da DPP no desenvolvimento cognitivo e comportamental de crianças, com até 7 anos de idade.	Revisão e análise crítica da literatura.	Há um pequeno efeito da DPP no desenvolvimento cognitivo, particularmente em meninos. Efeitos no comportamento podem persistir além dos 5 anos de idade. Depressão materna crônica ou recorrente, antes do parto, está relacionada com efeitos posteriores na criança.	
Goodman (2003) ⁹	20 estudos publicados entre 1980 e 2002	Estudos sobre depressão pós-parto em pais, a relação com a DPP em mães e as implicações para a saúde da família, durante o 1º ano.	Revisão-sistemática.	Quando um dos pais está deprimido o ambiente da criança é comprometido e há risco para o seu desenvolvimento. Quando ambos os pais estão deprimidos, o risco para a criança aumenta.	

Continuação

Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. (2005) ³			Revisão de literatura	A qualidade da interação da díade parece ser influenciada pelo grau de severidade e duração dos sintomas depressivos, e isto causa alterações nos sistemas neuroendócrinos e comportamentais.	Não informa quantos artigos foram incluídos, nem os critérios de inclusão e/ou exclusão, entretanto é um dos poucos artigos nacionais sobre o tema.
--	--	--	-----------------------	---	---

IV. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO:

Será realizado um estudo do tipo longitudinal. Este projeto faz parte de uma pesquisa maior intitulada Depressão Pós-parto e Co-morbidades: Estudo de famílias da cidade de Pelotas.

4.2 AMOSTRA:

A amostra deste estudo será constituída por mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, da cidade de Pelotas/RS, e tiverem os seus bebês entre Novembro/06 e Outubro/07. Assim como, os bebês oriundos desta gestação, ou seja, a amostra será constituída de díades (mães e filhos).

Para detecção da amostra são realizadas buscas no cadastro de gestantes da Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas, o qual é atualizado uma vez ao mês. O único critério de exclusão é não residir na zona urbana da cidade de Pelotas.

4.2.1 Cálculo da amostra:

- Cálculo para medir prevalência de atraso no desenvolvimento infantil, na cidade de Pelotas/RS.

Autor, ano	População	Frequência esperada	Erro	N da amostra (IC 95%)	10% para perdas e recusas
Halpern (2002) ¹⁴	4800	34%	2,0	1487	1636
Halpern (2002) ¹⁴	4800	34%	3,00	798	878
Halpern (2002) ¹⁴	4800	34%	3,5	614	676

- Desenvolvimento infantil X DPP:

Autor, ano	Razão de não expostos/expostos.	Prevalência em não expostos	OR****	N da amostra	10% para perdas e recusas
Ramchandani (2005) ⁴	81:19*	8,0	2,76	468	515
Ramchandani (2005) ⁴	85:15**	8,0	2,76	560	616
Ramchandani (2005) ⁴	87:13***	8,0	2,76	623	686

* Dado referente à prevalência de DPP na cidade de Pelotas.

** Média da prevalência nos estudos encontrados na literatura (10 a 20%).

*** Convenção da prevalência da DPP a nível mundial.

**** A medida de efeito dada pelo estudo é OR, entretanto, o delineamento não é caso-controle.

- Variável dependente X demais variáveis independentes:

Autor, ano	Exposições	Média dos Escores de problemas	Desvio Padrão	% da diferença	% Nível de confiança e Poder estatístico	N em cada grupo X nº de grupos	10% para perdas e recusas
Brennan (2000) ¹¹	Cronicidade	16,09 (1 episódio)	8,0	12,18	95 e 80	253 X 2= 506	557
Brennan (2000) ¹¹	Gravidade	17,21 (moderado)	8,3	22,32	95 e 90	133 X 3= 399	439
Brennan (2000) ¹¹	Tempo do episódio	15,38 (pré-parto ou nascimento)	8,7	11,68	95 e 80	394 X 2= 788	867

- Cálculo para o controle dos fatores de confusão para o desenvolvimento infantil:

Autor, ano	Fator de confusão	Razão de não expostos/expostos.	Prevalência em não expostos	OR*	N da amostra	+ 30%
Halpern (1996) ¹⁵	Renda (< 1 S.M. em relação às mães com > 6 S.M).	1/1	25,5	2,0	326	424
Halpern (1996) ¹⁵	Baixo peso ao nascer (<2500)	1/9	28,6	3,0	348	453

Pilz (2007) ¹⁶	N de irmãos (3 ou mais)	24/22	17,0	6,4	54	60
Pilz (2007) ¹⁶	Escolaridade materna (0 a 3 anos)	31/6	18,0	6,0	92	120
Pilz (2007) ¹⁶	Intervalo interpartal (até 18 meses)	94/6	24,0	6,9	67	88

* A medida de efeito dada pelo estudo é OR, entretanto, o delineamento não é caso-controle.

É necessário captar **867 díades** (mães e filhos aos 12 meses) para ter poder estatístico na análise de todas as variáveis que se pretende estudar. A previsão é de que esta amostra seja obtida em no máximo 12 meses de coleta de dados.

4.3 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS:

- **Variável dependente:**

Está prevista duas formas diferentes para a utilização dos dados do teste de desenvolvimento infantil; através de uma variável discreta e outra variável dicotômica. Como o teste não está validado para a população brasileira, utilizaremos como ponto de corte a média dos escores menos 1 desvio-padrão.

V.D.	Escala	Tipo de variável
Desenvolvimento cognitivo, motor, sócio-emocional, adaptativo e da linguagem.	Escore Sem atraso ou com atraso	Discreta Dicotômica

- **Variáveis independentes:**

O estudo acompanha as mães três vezes (pré-parto, 30 a 90 dias e 12 meses do pós-parto); a gravidade dos sintomas será avaliada em todas as etapas

e a depressão será considerada crônica quando a mãe possuir mais que um episódio depressivo nestas avaliações.

V.I.	Escala	Tipo de variável
Depressão materna no pré-natal	0 a 9 pontos: Sem depressão 10 ou mais: Com depressão	Dicotômica/ordinal
Depressão materna entre 30 e 90 dias após o parto	0 a 9 pontos: Sem depressão 10 ou mais: Com depressão	Dicotômica/ordinal
Depressão materna 12 meses após o parto	0 a 9 pontos: Sem depressão 10 ou mais: Com depressão	Dicotômica/ordinal
Gravidade dos sintomas	10 a 13: Leve 14 a 16: Moderado 17 ou mais: Grave.	Ordinal
Cronicidade dos sintomas	1 episódio: Não crônico 2 ou mais episódios: Crônico	Dicotômica/ordinal

▪ **Fatores de confusão:**

V.I	Escala	Tipo de variável
Número de irmãos	0 a 2 3 ou mais	Dicotômica
Renda familiar	Até 1 Salário mínimo (S.M.) 1,1 – 3 S.M. 3,1 – 6 S.M. Maior que 6 S.M.	Ordinal
Escolaridade da mãe	0 a 3 anos 4 a 8 anos 9 a 11 anos 12 ou mais	Ordinal
Intervalo interpartal	Até 17 meses 18 meses ou mais	Dicotômica
Peso ao nascer	Até 2499g 2500g ou mais	Dicotômica

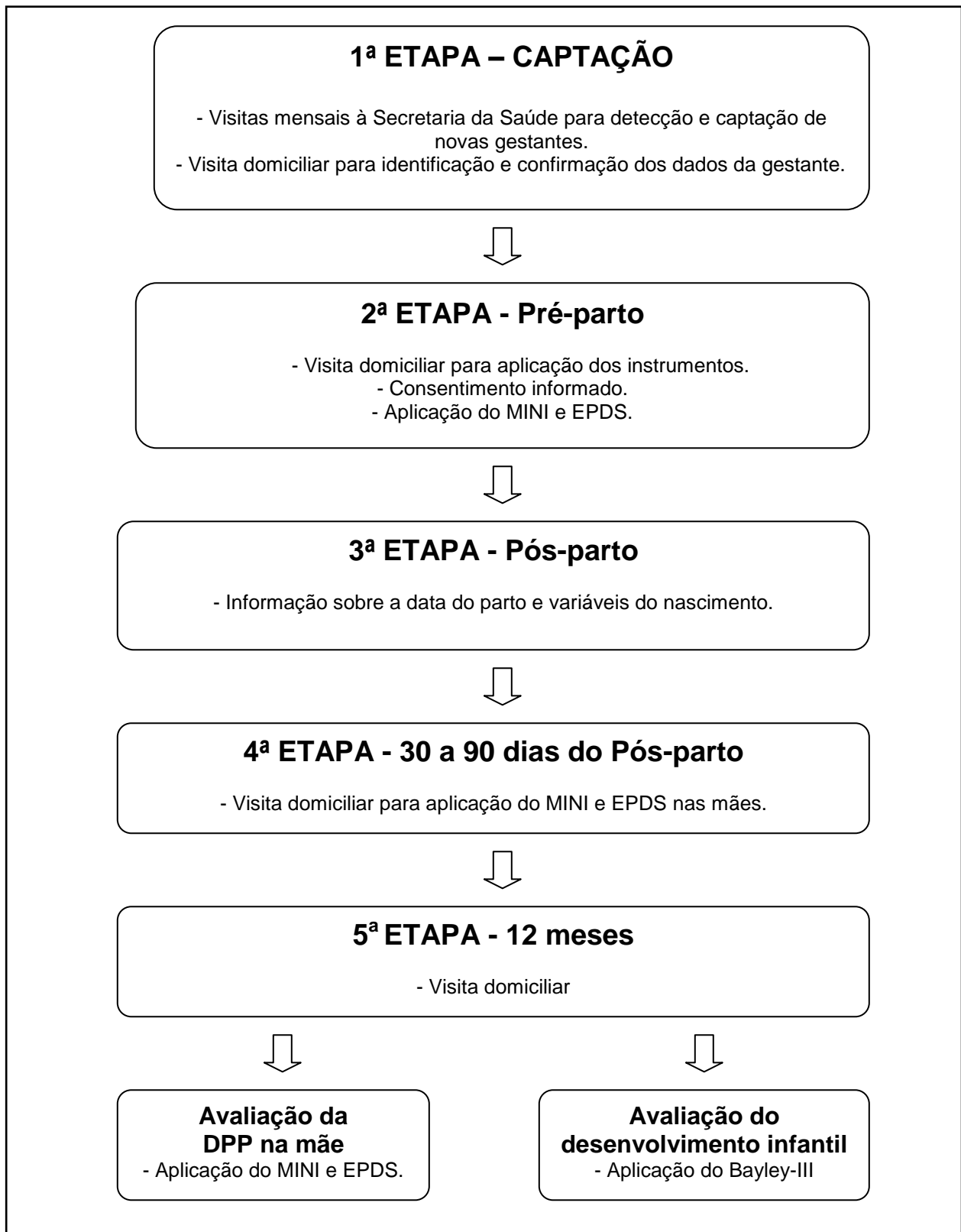
4.4 ESTUDO-PILOTO:

Os questionários da mãe e do bebê já estão sendo aplicados para testar o entendimento das questões e a logística da coleta de dados, a fim de minimizar as perdas. Os primeiros 30 bebês que tiverem o seu desenvolvimento avaliado não farão parte da amostra.

4.5 COLETA DE DADOS:

A coleta de dados é realizada em cinco momentos distintos, como podemos observar no fluxograma abaixo:

Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados.



Após a captação da amostra, já descrita no item 4.2, é repassada uma lista com os nomes e endereços das mulheres para um auxiliar de pesquisa fazer uma visita domiciliar com o objetivo de localizar e confirmar os dados destas gestantes.

Posteriormente, uma ficha com os dados das grávidas é encaminhada às entrevistadoras para aplicação dos instrumentos, com a finalidade de detectar sintomas depressivos no período pré-parto. Estas mulheres serão incluídas na amostra Independente de estarem ou não deprimidas, e responderão a todas as fases subseqüentes do estudo.

Uma previsão dos nascimentos é feita de acordo com a idade gestacional e a data da captação. No mês em que a criança deveria nascer, entramos em contato com a mãe, pai ou outro membro da família para obter a data exata do parto. Nos casos em que não conseguimos contato telefônico com a família, a data de nascimento é verificada no cadastro do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pelotas.

Na 4ª etapa, que já está em andamento, são realizadas visitas domiciliares para preenchimento do instrumento com a mãe.

A 5ª fase do estudo iniciará no mês de Novembro/07. A coleta dos dados da mãe e do bebê ocorrerá em momentos distintos, por equipes diferentes. A avaliação do desenvolvimento infantil ocorrerá com uma margem de 15 dias, antes ou depois, da data em que a criança completará 12 meses.

As entrevistadoras responsáveis pelo acompanhamento das mães são oito bolsistas de Iniciação científica do curso de Psicologia da UCPel. Estas acadêmicas foram treinadas e participam de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. Os aplicadores são “cegos” quanto aos objetivos do estudo.

A avaliação dos bebês será feita por duas psicólogas, treinadas e supervisionadas por uma profissional com vasta experiência no instrumento a ser utilizado.

O controle de qualidade está sendo implementado, será sorteado em torno de 20% das mulheres entrevistadas e o coordenador do projeto entrará em

contato por telefone para verificar se realmente ocorreu a visita da entrevistadora e obter informações para cálculo de indicadores de concordância.

4.6 INSTRUMENTOS:

- **Mães:**

As mães respondem a um questionário composto por questões sócio-econômicas, escolaridade e dados sobre o parto. Também são aplicadas duas escalas; a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (ANEXO A) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

A EPDS é uma escala auto-aplicável utilizada para screening da Depressão pós-parto; contém 10 questões em formato de respostas do tipo Likert. A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Nos casos em que a mulher possui pouca ou nenhuma escolaridade, a entrevistadora é orientada a aplicar o questionário.

O estudo de validação da EPDS realizado por Santos et al (2007)¹⁷, na cidade de Pelotas, com ponto de corte de 10 pontos encontrou uma sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%.

O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. Nesta pesquisa utilizaremos somente a sub-escala sobre Transtorno Depressivo, que identifica se o episódio é atual ou passado.¹⁸

- **Bebês:**

Nos bebês será utilizada a *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-III)*, instrumento norte-americano que avalia crianças de 1 a 42 meses, sendo utilizado como screening para atraso no desenvolvimento. A Bayley-III é composta por 5 sub-escalas (cognitiva, motora,

sócio-afetiva, adaptativa e da linguagem) que nos informa em que mês do desenvolvimento a criança se situa.¹⁹

As sub-escalas motora, cognitiva e da linguagem são administradas por um profissional que interage com a criança; as habilidades adaptativas e sócio-afetivas são medidas através de um questionário respondido pelos pais ou cuidador primário, baseado na observação diária do comportamento do bebê.¹⁹

Segundo Theuer e Mendoza (2003)²⁰, as Escalas Bayley são amplamente utilizadas em pesquisas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, apesar de ainda não haver uma padronização nacional. A tradução da Bayley-III é um dos projetos em andamento na Universidade de Brasília e a validação está sendo realizada por uma equipe da Universidade de Campinas, por este motivo será utilizado o instrumento norte-americano original.

Os bebês que nasceram pré-termo terão as suas idades ajustadas previamente.

Preferencialmente a mãe ou quem possuir a guarda desta criança, responderá também a um questionário com perguntas a respeito do desenvolvimento do bebê desde o nascimento e outras variáveis necessárias para controle de fatores de confusão (ANEXO B).

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

Os questionários já entregues estão sendo codificados e digitados concomitantemente por outra equipe. Está sendo realizada dupla digitação dos dados no programa Epi Info 6.4, para posterior análise dos dados no pacote estatístico SPSS 10.0 for Windows.

Será realizada análise univariada, para conhecermos as características das mulheres e bebês que entrevistamos. Na análise bivariada será utilizado o teste t para comparação entre médias.

Pelo fato do desenvolvimento infantil ser determinado por diversas variáveis, será feita uma análise multivariada por regressão linear, utilizando um modelo teórico de análise, descrito na figura abaixo.

Figura 2 – Proposta inicial de modelo teórico de análise



4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Neste protocolo de pesquisa são respeitados 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” (ANEXO C). A participação da criança fica a critério da mãe ou do pai, pois estes são os representantes legais do bebê.

Será assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As intervenções realizadas trazem benefícios à díade, pois são avaliadas e, quando necessário, encaminhadas para atendimento imediato. As mães que apresentarem sintomas depressivos, em qualquer fase do estudo, receberão encaminhamento para atendimento psiquiátrico (ANEXO D) no Campus II da Saúde da UCPel, enquanto os bebês que possuírem indicativo de prejuízo no desenvolvimento serão encaminhados para a Clínica Psicológica da UCPel.

4.9 CRONOGRAMA:

ATIVIDADES	JULHO DE 2007 A JANEIRO DE 2009																			
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinamento do Bayley-III			X	X																
Estudo piloto		X (mães)		X (bebês)																
Trabalho de campo 12 meses					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Codificação dos questionários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Dupla digitação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Análise dos dados																				X

A primeira fase da coleta de dados teve início em Julho de 2006 e terminará no mês de Outubro de 2007.

A segunda fase da coleta está sendo realizada desde Dezembro de 2006 até Fevereiro de 2008.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria* 2003; 79 (supl. 1): 533-542.
2. To T, Guttman A, Dick PT, Rosenfield JD, Parkin P, Tassoudji M, Vydykhan TN, Cao H, Harris JK. Risk markers for poor development attainment in young children. *Archives Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 643-649.
3. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do RS maio/ago 2005; 27 (2): 165-176.*
4. Ramchandani P, Stein A, O'connor TG and the ALSPAC Study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet* 2005; 365 (june 25): 2201-2205.
5. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives Womens Helth* 2003; 6: 263-274.
6. Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Parental depression: Animal models of an adverse life event. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159 (8): 1265- 1283.
7. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.
8. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão poá-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF jan./jun 2005 10 (1): 61-68.*
9. Goodman JC. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45 (1), 26-35.

10. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998; 12 (1): 12-20.
11. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology* 200; 36(6): 759-766.
12. Preston SLS, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and family psychology review* 2006; 9 (1): 65-83.
13. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33 (3): 543-561.
14. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros CB, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Revista Chilena de Pediatria* 2002; 73 (5): 529-539.
15. Halpern R, Barros FC, Horta BL, Victora CG. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso aos nascer e renda familiar. *Caderno de Saúde Pública* 1996; 12 (Suplemento 1): 73-78.
16. Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canos/RS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (1):181-190.
17. Santos IS et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas birth cohort (a ser publicado).
18. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.
19. Bayley, N. (2006). *Bayley scales of infant and toddler development, third edition*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
20. Theuer RV, Mendoza CEF. Avaliação da inteligência na primeira infância. *Psico USF* 2003; 8 (1): 21-32.

21. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006; 118 (2): 659-668.
22. Andrade SA, Santos DV, Bastos AC, Pedromônico MRM, Filfo NA e Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39 (4): 606-611.
23. Pinheiro RT, Magalhães PVS, Horta BL, Pinheiro TAT, da Silva RA, Pinto RH. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 230-232.

ANEXO A - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

1. **Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.**
 - Como eu sempre fiz.
 - Não tanto quanto antes.
 - Sem dúvida, menos que antes.
 - De jeito nenhum.

2. **Eu tenho pensado no futuro com alegria.**
 - Sim, como de costume.
 - Um pouco menos que de costume.
 - Muito menos que de costume.
 - Praticamente não.

3. **Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.**
 - Não, de jeito nenhum.
 - Raramente.
 - Sim, às vezes.
 - Sim, muito freqüentemente.

4. **Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.**
 - Sim, muito seguido.
 - Sim, às vezes.
 - De vez em quando.
 - Não, de jeito nenhum.

5. **Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.**
 - Sim, muito seguido.
 - Sim, às vezes.
 - Raramente.
 - Não, de jeito nenhum.

6. **Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.**
 - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. **Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.**
 - Sim, na maioria das vezes.
 - Sim, algumas vezes.
 - Raramente.
 - Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, muitas vezes.
- Raramente.
- Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.

- Sim, a maior parte do tempo.
- Sim, muitas vezes.
- Só de vez em quando.
- Não, nunca.

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes.
- Às vezes.
- Raramente.
- Nunca.

ANEXO B – Questionário sobre o bebê



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO



QUESTIONÁRIO DOS BEBÊS

1- Questionário nº: _____

2- Nome: _____

3- Nome da mãe: _____

4- Nome do pai: _____

5- Data de nascimento: ____/____/____

6- Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

N ____

NOME ____

NOMEM ____

NOME P ____

DN ____/____/____

SEXO ____

ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança!

7- Peso ao nascer: _____ KG

8- Comprimento ao nascer: _____ CM

9- Peso atual: _____ KG

10- Comprimento atual: _____ CM

11- APGAR: ____/____/____

12- Perímetro cefálico: _____ CM

13- Quantas semanas de gravidez a senhora alcançou? _____

PESON ____, ____

COMPN ____

PESOAT ____, ____

COMPAT ____

APGAR ____/____/____

PERCEF ____

SEMANAS ____

14- O bebê nasceu no tempo?

(1) Sim (2) Não

ATERMO ____

15- A criança nasceu com alguma síndrome ou problema?

(1) Sim (2) Não

PROBLEM ____

16- Se sim, qual?

QUAL ____

17- Necessitou ficar na UTI após o parto?

(1) Sim (2) Não

UTI ____

18- O bebê adoece com frequência?

(1) Sim (2) Não – pular para a questão 20

DOENTE ____

19- Se sim, quantas vezes ele ficou doente no último mês? _____

VEZMES ____

20- Que tipo de doenças costuma ter agora?

DOENCA ____

21- Faz uso de algum (s) medicamento(s) no momento?

(1) Sim (2) Não – pular para a questão 23

MEDICAM ____

22- Se sim, quais?

MEDQUAL ____

23- Foi a quantas consultas médicas neste primeiro ano? _____

CONSULT ____

24- Houve necessidade de internação alguma vez?

(1) Sim (2) Não - pular para a questão 26

INTERN __

25- Por qual motivo?

INTERPQ __ __

26- Sofreu algum tipo de acidente (quedas, queimaduras...)?

(1) Não (2) Sim. Qual? _____

ACIDENTE __

QACIDENT __ __

27- Com quantos meses o bebê:

Firmou a cabeça: _____

Sentou-se sozinho: _____

Engatinhou: _____

Falou a 1ª palavra: _____

Caminhou: _____

FIRMCAB __ __

SENTAR __ __

ENGAT __ __

FALA __ __

CAMIN __ __

Sobre o sono dos bebês nos últimos sete dias...

28- A criança dorme quantas horas por dia? __ __

HORASON __ __

29- - Quantas sestas a criança faz durante o dia? __ __

SESTASDI __ __

30- Consegue dormir uma noite inteira?

(1) Sempre

(2) Quase sempre

(3) Às vezes

(4) Nunca

DORMENO __

31- Tem horário para dormir e levantar?

(1) Sim (2) Não

HDEL __

32- Atualmente dorme:

(1) Tranquilo (1) Sim (2) Não

(2) Grita (1) Sim (2) Não

(3) Fala (1) Sim (2) Não

(4) Bate-se (1) Sim (2) Não

(5) Muda de lugar (1) Sim (2) Não

(6) Tem pesadelos (1) Sim (2) Não

TRANQ __

GRITA __

FALA __

BATE __

MUDLUG __

PESADE __

33- Ele recebe alimentação durante a noite?

(1) Sim (2) Não

SE SIM: Quantas vezes? __ __ número de vezes.

ALINOITE __

NUMVEZ __ __

34- Ele dorme:

(1) No berço e sozinho no quarto.

(2) No berço, mas no quarto dos pais.

(3) No berço, mas no quarto com os irmãos.

(4) Na cama dos pais.

(5) Divide a cama com outro irmão.

(6) Outro _____

ELEDORM __

OUTRO __ __

35- Ele precisa ser ninado (embalado) para dormir?

(1) Sim (2) Não

NINADO __

36- Quanto tempo ele leva para dormir? __ __ minutos

TEMPODOR __ __

37- Em média ele acorda quantas vezes à noite? __ __ número de vezes	ACORDA __ __
38- Precisa da presença dos pais para voltar a dormir? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Nunca	PRESPAIS __
39- O bebê está mamando no seio atualmente? (1) Sim – Pular para a questão 42. (2) Não	MAMA __
40- Se não: Até quando mamou? _____	ATEQDO __ __
41- Qual foi o motivo do desmame ou do bebê nunca ter mamado? _____	DESMPQ __ __
42- Com quantos meses foi introduzido: Outros líquidos (chá, água...): _____ Outros alimentos (frutas, papinha...): _____	LIQUI __ __ ALIMEN __ __
43- Após ter este bebê a mãe trabalhou fora de casa? (1) Sim (2) Não	TRABAL __
44- A mãe do bebê trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não – Pular para a questão 47	MAETRAB __
45- Se sim, quantas horas por dia, em média? __ __	QTHORAS __ __
46- Há quanto tempo a Sra. está neste emprego? __ __ MESES	TPOEMP __ __
47- E o pai trabalha fora atualmente? (1) Sim (2) Não	PAI __
48- Quem cuidou da criança a maior parte do tempo, ao longo deste 1º ano de vida? (1) Mãe (2) Pai (3) Avó (4) Irmãos () Outra pessoa: _____	CUIDA __ OUTRA __ __
49- Quais as tarefas do pai nos cuidados do filho? _____ _____	TARPAI __ __
50- O bebê fica em alguma creche atualmente? (1) Sim (2) Não	CRECHE __
51- Possui contato com outras crianças? (1) Sim (2) Não	CONTCRIA __

ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO, PUERPÉRIO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo medir os sintomas depressivos, ansiosos e fatores que possam estar associados aos mesmos em gestantes e puérperas, ainda se propõe a avaliar os níveis de bem-estar; auto-estima e qualidade de vida.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por nossas pesquisadoras. A senhora será procurada por nossa equipe, novamente, entre 30 a 90 dias após o parto e quando seu bebê estiver com 12 meses de idade; sendo que nesta ocasião o desenvolvimento da criança também será avaliado.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, nem do seu bebê, mas permitirá a identificação de sinais para alguns problemas de ordem psicológica. Se os instrumentos aplicados detectarem sintomas depressivos e ansiosos elevados, você será encaminhada para atendimento psiquiátrico no Ambulatório do Campus II da Saúde da UCPel. Caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento do seu filho, aos 12 meses, ele será encaminhado para atendimento na Clínica Psicológica da UCPel. Em caso de constatação de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas ou outras substâncias, será encaminhada para atendimento no devido local da rede pública de saúde.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os psicólogos coordenadores do projeto, através dos números (053)8118-2197 ou (053) 8113-2049, ou no Mestrado em Saúde e Comportamento (2128-8404).

Declaração da Cliente:

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.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

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

Investigador responsável: _____

Data: ___/___/_____

Fase do estudo: _____

ANEXO D – Encaminhamentos

ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO
PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

ENCAMINHAMENTO AO PSQUIATRA

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre o meu risco de vida, e por isso fui encaminhada para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde (antigo hospital Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da paciente

Assinatura da pesquisadora

ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO
PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre um indicativo de atraso no desenvolvimento do (a) _____, e por este motivo fui encaminhada para avaliação na Clínica Psicológica da UCPel, localizada na rua Almirante Barroso, nº 1202.

Horários de atendimento: Segunda a sexta-feira das 8:30 às 11:30 e das 13:30 às 18 horas.

Assinatura da mãe ou responsável

Assinatura da pesquisadora

PARTE II - ARTIGO

TÍTULO: Cronicidade da depressão materna no primeiro ano pós-parto e o desenvolvimento infantil: Estudo longitudinal

TÍTULO ABREVIADO: Cronicidade da depressão materna e desenvolvimento infantil.

AUTORA: Russélia Vanila Godoy

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento.

Rua Almirante Barroso, 1202. Sala G 109.

Pelotas/RS - Brasil

CEP 96010-208

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento infantil está relacionado à construção das habilidades cognitivas, motoras, sociais e afetivas. Diz respeito à competência da criança em executar determinadas tarefas e ter comportamentos apropriados para a faixa etária em que se encontra. O processo evolutivo é influenciado por uma combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Mães cronicamente deprimidas têm dificuldade de perceber, interpretar e responder às necessidades da criança e, por este motivo, é de extrema importância investigar os efeitos da depressão na prole. **Objetivo:** Analisar o efeito da cronicidade da depressão materna no desenvolvimento dos bebês. **Métodos:** O delineamento deste estudo é longitudinal. Foram captadas as mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas/RS. As mães foram entrevistadas duas vezes, a primeira avaliação foi realizada no período de 30 a 90 dias após o parto e a segunda visita foi entre 10 e 12 meses após esta primeira avaliação. Os bebês foram avaliados concomitantemente a esta segunda avaliação. Para diagnosticar a depressão materna foi utilizada a EPDS e o desenvolvimento infantil foi avaliado com a Bayley-II. **Resultados:** A amostra foi constituída por 380 díades. A depressão da mãe no momento da avaliação do bebê não interferiu no desenvolvimento mental, motor ou comportamental do mesmo. Entretanto, a cronicidade da depressão materna, juntamente com a situação socioeconômica e a idade da mãe, estava associada a um pior desempenho nas funções cognitivas e da linguagem. A cronicidade da depressão não atingiu magnitude capaz de interferir no desenvolvimento motor e no comportamento dos bebês.

Descritores: Depressão, depressão materna, cronicidade, desenvolvimento infantil, desenvolvimento motor, desenvolvimento cognitivo, comportamento.

ABSTRACT

Introduction: Child development consists of the construction of cognitive, motor and affection skills. It is related to the child's competence in executing certain tasks and having a proper behavior according to his or her age. The evolution process is influenced by many variables and is produced by a complex combination of biological, psychological and environmental factors. Depressed mothers present difficulties related to the perception, interpretation and responsiveness to the child's needs. For such reason it is extremely important to investigate the effects of depression over the offspring.

Objective: To analyze the impact of mother's depression chronicity over the babies' development. **Methods:** This is a longitudinal study. The participants of this study were mothers that had prenatal care on Sistema Único de Saúde (SUS) at Pelotas city, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The mothers were interviewed in two different moments; the first interview occurred between 30-90 days after birth and the second interview occurred 10-12 months after the first assessment; the babies were assessed concomitantly to the mother's second interview. The EPDS was used for mother's depression screening and the Bailey-II was used to assess the child development. **Results:** The sample consists of 380 dyads. The mother's depression concomitant to the baby's assessment didn't interfere on mental, motor or behavioral development. However, the chronicity of depression alongside with lower socioeconomic status and mother's age were associated with worse cognitive and language performance. The chronicity didn't reach such magnitude to interfere over the motor and behavioral development of the babies.

Keywords: Depression, mother's depression, chronicity, child development, motor development, cognitive development, behavior.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo que não envolve somente o crescimento físico e a maturação biológica da criança, mas também está relacionado à construção das habilidades cognitivas, motoras, sociais e afetivas. Diz respeito à competência da criança em executar determinadas tarefas e ter comportamentos apropriados para a faixa etária em que se encontra.¹

O processo evolutivo é influenciado por uma complexa combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Ao longo dos primeiros anos de vida os riscos biológicos vão perdendo importância e aspectos psicossociais ganham influência.²

Crianças são muito sensíveis quanto à qualidade do cuidado que recebem. Nos primeiros anos de vida, a mãe, no papel de cuidadora primária, é a principal responsável por proteger o filho dos estressores e também deve prover estímulos táteis, visuais e auditivos adequados. Se a mãe falha nessa sua função, as chances de prejuízo nos processos do desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente.³⁻⁵

Mães deprimidas possuem comportamentos disfuncionais com o seu recém-nascido, tais como: desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança.⁶ Neste contexto, a habilidade materna de perceber, interpretar e responder às necessidades da criança fica muito prejudicada.⁷

Diversos estudos corroboram a hipótese de que uma mãe deprimida pode afetar negativamente o desenvolvimento do seu filho^{2-6,8,9}, entretanto, devido a limitações do delineamento adotado, poucos estudos avaliam o impacto dos episódios duradouros ou recorrentes de depressão destas mães. Investigações sugerem que episódios mais longos ou recorrentes da depressão materna, que se traduzem por cronicidade, estão associados a um pior desenvolvimento dos bebês quando comparados àqueles cujas mães sofreram um episódio breve durante os seus primeiros anos de vida.^{3, 10-14}

Estudos realizados em diversas localidades do mundo apontam para uma prevalência de 10 a 20% de depressão no pós-parto.¹⁵⁻¹⁸ Na cidade de Pelotas, no ano de 2006, foi detectada uma prevalência de depressão de

26,3% para as mães neste período.¹⁹ Assim, um grande número de crianças podem estar sendo expostas a um fator de risco para o desenvolvimento infantil.

O objetivo deste estudo é avaliar o efeito da cronicidade da depressão materna no desenvolvimento infantil inicial.

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento deste estudo é longitudinal. Para detecção da amostra, foram realizadas buscas no cadastro de gestantes da Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas. Foram captadas para a investigação as mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas/RS e tiveram os seus bebês entre Março e Dezembro de 2007. Foram excluídas as mães que moravam na zona rural da cidade.

Para o cálculo amostral utilizou-se o Poder Estatístico de 80% e o Nível de Confiança de 90%, considerou-se a magnitude do efeito de 4,64 e o desvio padrão de 13,40; resultando na magnitude do efeito padronizado de 0,34. O ideal seria possuir 417 díades.

As mulheres foram avaliadas em dois momentos distintos; a primeira entrevista foi realizada no período pós-parto. De 30 a 90 dias após o nascimento dos bebês, as mães, após receberem informações a respeito dos objetivos da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam a uma escala que avalia sintomas depressivos.

Entre 10 e 12 meses após esta primeira entrevista, as mães foram novamente visitadas em suas residências. Elas responderam a um questionário contendo variáveis socioeconômicas, além de questões sobre o parto e o primeiro ano de vida do bebê, para controle dos fatores de confusão. Para maior confiabilidade dos dados, algumas informações como a idade gestacional, o peso e o comprimento do bebê, o APGAR e o perímetro cefálico foram retiradas da “carteirinha” da criança.

Foram considerados prematuros os bebês que nasceram com até 36 semanas e, como de baixo peso, os recém-nascidos de até 2,499 gramas*. Alguns bebês apresentaram problemas no parto, tais como: doenças do aparelho respiratório, cardio-vascular, endócrino-metabólicas e neurológicas.

* Esta categoria da variável foi considerada como referência na Regressão Linear.

Esta variável foi recodificada em duas categorias, presença ou ausência de problemas no parto. A paridade foi dividida em dois grupos; um deles contendo as famílias que possuíam até dois filhos* e outro grupo com as famílias que tinham três ou mais. O cuidador primário, que é o principal responsável pelos cuidados da criança, foi classificado como sendo somente a mãe*, ou a mãe uma parte do tempo, ou outros familiares, babá ou creche. Quanto à amamentação, foi construída uma variável dicotômica. As crianças que foram amamentadas, de forma exclusiva ou com a inclusão de outros líquidos e alimentos, por pelo menos 6 meses fazem parte de um grupo*; o outro foi formado por crianças que nunca mamaram ou que mamaram até os 5 meses. O número de vezes que o bebê ficou doente foi agrupado em duas categorias; o bebê ficou doente nenhuma ou uma vez no mês* e outro grupo os que ficaram doentes duas vezes ou mais nos últimos 30 dias.

Foi utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²⁰ para avaliar o nível socioeconômico das famílias. Esta classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E). Neste estudo, a ABEP foi dividida em três grupos (A e B*, C, D e E). A idade materna foi dividida em três categorias; até 19 anos*, 20 a 35 anos e 36 anos ou mais.

A presença de sintomas depressivos nas mães foi investigada através da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)²¹. Esta escala contém 10 questões em formato de respostas do tipo *Likert*, com pontuação de 0 a 3 pontos cada pergunta, sendo 30 pontos o mais deprimida que elas podem estar. As mães escolhem as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Foi utilizado o ponto de corte de 13 pontos, conforme recomendado pela validação do instrumento (sensibilidade de 59,5% e especificidade de 88,4%).²¹ A variável que avalia a cronicidade foi construída da seguinte forma: o primeiro grupo é formado pelas mães que não estavam deprimidas em nenhuma das avaliações ou que apresentavam sintomas depressivos somente no momento atual*; o segundo grupo é constituído pelas mulheres que estavam deprimidas apenas no período pós-parto e, no terceiro grupo, alocou-se as mães que estavam deprimidas nas duas avaliações.

* Esta categoria da variável foi considerada como referência na Regressão Linear.

Os bebês foram avaliados, concomitantemente, à segunda avaliação das mães. Foi utilizada a *Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Second Edition* (Bayley-II)²² para avaliação do desenvolvimento das crianças. A Bayley-II é uma escala norte-americana que avalia crianças de 1 a 42 meses. As escalas Bayley são amplamente utilizadas em pesquisas no mundo inteiro, inclusive no Brasil²³ e são consideradas “padrão-ouro” para avaliação do desenvolvimento infantil nesta faixa etária. A Bayley-II é composta por três escalas: A mental avalia as funções cognitivas e a linguagem; incluindo itens sobre memória, habituação, resolução de problemas, conceitos numéricos precoces, generalização, classificação, vocalização, linguagem e habilidades sociais. A escala motora analisa o controle dos movimentos fino e grosso, o que inclui a realização de movimentos como rolar, engatinhar, sentar, levantar, caminhar, correr e pular. Os movimentos finos testados são a preensão, o uso adaptativo dos instrumentos da escrita e a imitação dos movimentos das mãos. A escala comportamental é dividida em três sub-escalas (orientação e engajamento, regulação emocional e qualidade motora) que refletem o comportamento da criança durante a situação de testagem.²² Neste estudo, foi utilizado como desfecho o escore total da escala comportamental.

As tarefas que os bebês são submetidos estão de acordo com o que é esperado para cada faixa etária, sendo que o teste recomenda que a idade do bebê seja ajustada nos casos de nascimento prematuro. O escore bruto é convertido para um escore ponderado, de acordo com quantos meses e dias o bebê possui.

O escore ponderado considerado normal pela validação do teste para as escalas mental e motora é de 85 a 114 pontos e para a escala comportamental a média padrão é acima de 25 pontos.²² Entretanto, em concordância com estudos brasileiros que utilizaram a Bayley-II^{24,25} as escalas foram avaliadas separadamente e o desfecho é uma variável discreta, sendo que nas escalas mental e motora os bebês podem pontuar de 50 a 150 pontos e a escala comportamental gera um percentil de 0 a 100 pontos.

Duas equipes distintas foram responsáveis pelas avaliações das díades; as mães foram entrevistadas por estudantes de graduação da área da saúde, que foram treinados e participavam de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. A

avaliação dos bebês foi realizada por duas psicólogas treinadas e supervisionadas por uma profissional com experiência na aplicação do instrumento utilizado. As psicólogas, no momento da avaliação com os bebês, não sabiam se as mães eram ou não deprimidas.

Após a coleta de dados, foram realizadas duas digitações no programa EPI-INFO 6.04d e estas foram comparadas para que as inconsistências fossem solucionadas. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS 10.0 for windows para a análise dos dados. Foi realizada análise univariada por frequência simples para conhecer as características das díades. Na análise bivariada, foi utilizado o teste *t* para comparação entre médias. Pelo fato do atraso no desenvolvimento infantil ser influenciado por diversas variáveis, foi realizada uma Regressão Linear. Para a análise multivariada, foi utilizado um modelo hierárquico previamente proposto. (FIGURA 1)

O critério para inclusão das variáveis no modelo final foi possuir um $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança, sendo que estas permaneceram no modelo e as demais foram excluídas. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidoras da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadoras da associação.

A investigação foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas de acordo com as normas vigentes (CONEP-Res196/96).

RESULTADOS

Foram identificadas 442 mulheres. 4,3% (19) delas recusaram-se a responder ou mudaram de endereço no período pós-parto. Houve 9,7% (43) de perdas ou recusas na segunda avaliação. Ao final, chegou-se a uma amostra de 380 díades, havendo uma perda total de 14% (62).

A amostra caracteriza-se por famílias de nível socioeconômico médio (56,9% encontravam-se no nível sócio-econômico C) e por mães pouco escolarizadas (37,8% das mães tinham menos de oito anos de estudo). As

mães possuíam em média 26 anos ($DP \pm 6,65$) e 19,2% delas não moravam com o pai do bebê. (TABELA 1)

No que se refere à sintomatologia depressiva das mães, 17,9% estavam deprimidas na primeira avaliação e 16,8% na segunda. Em relação à cronicidade, 82,1% das mulheres não estavam deprimidas nas duas avaliações ou estavam somente na segunda avaliação; 8,7% das mães tinham sintomas depressivos apenas no período pós-parto e 9,2% encontravam-se deprimidas nos dois momentos em que foram avaliadas.

Os bebês avaliados eram, a maior parte, do sexo masculino (55,5%), nasceram através de parto vaginal (51,4%), a termo (79,9%) e com peso acima de 2,5 Kg (87,8%). Quanto à saúde dessas crianças, 6,4% das mães relataram que seus filhos tiveram algum tipo de problema no parto e 9,9% referiram que os bebês adoeceram mais de duas vezes no último mês. Em relação à amamentação, 58,1% das crianças receberam o leite materno até os seis meses. Em relação à estrutura familiar; 71,5% das famílias possuíam até dois filhos e grande parte das mães (71,4%) eram a cuidadora primária da prole. (TABELA 1)

Quanto ao desenvolvimento dos bebês; a média na escala mental foi de 96,71 pontos ($DP \pm 13,40$), na escala motora foi 100,74 ($DP \pm 14,27$) e na escala comportamental as crianças pontuaram em média 73,70 pontos ($DP \pm 28,27$).

Na análise bivariada, a depressão da mãe não tem associação com nenhum dos domínios da Bayley-II, quando avaliada concomitantemente. Porém, a cronicidade da depressão materna se mostrou associada ao desempenho dos bebês na escala mental ($p=0,037$). A cronicidade da depressão da mãe não teve associação com a escala motora ($p=0,057$) e com a escala comportamental ($p=0,329$).

Os domínios mental e motor foram para a análise multivariada, por possuírem um $p \leq 0,20$. (TABELA 1) A variável escolaridade materna foi excluída da análise por ser co-linear com o nível socioeconômico.

Após o ajuste para o modelo hierárquico proposto, o desempenho cognitivo do bebê se manteve associado à classificação socioeconômica ($p=0,007$), à idade materna ($p=0,002$) e à cronicidade da depressão da mãe ($p=0,036$). A média da escala mental diminuiu três pontos ($-3,02$ IC: $-5,22$; $-0,82$) em cada categoria da ABEP. A cada grupo de idade materna, o bebê

perdeu quatro pontos (-4,18 IC:-6,82; -1,54) na média da escala mental. A cada grupo da cronicidade da depressão materna, a criança tem dois pontos a menos (-2,34 IC:-4,52; -0,15) na média do desempenho mental. (TABELA 2)

A performance na escala mental é influenciada por variáveis socioeconômicas e pela saúde mental materna. As crianças de famílias mais pobres e os filhos de mães mais velhas têm uma significativa diminuição na sua capacidade cognitiva e na linguagem em relação às famílias da classe socioeconômica A ou B e das mães com até 19 anos. As crianças cujas mães estavam deprimidas nas duas avaliações têm pior desempenho no teste em comparação aos filhos de mães deprimidas em apenas um momento ou em nenhum momento. (TABELA 2)

O peso ao nascer e a paridade que, inicialmente, se mostraram associadas ao desempenho na escala mental, tinham o seu efeito confundido pela classe social e idade materna. (TABELA 2)

No domínio motor, após ajuste para as demais variáveis confundidoras, permaneceu associado ao desfecho apenas a paridade ($p=0,004$), sendo que os bebês que pertencem a famílias com até dois filhos têm quase seis pontos a mais (-5,80 IC:-9,72; -1,88) na escala motora em comparação às famílias com três filhos ou mais. A cronicidade da depressão materna não se mostrou associada ao desfecho após a análise ajustada. (TABELA 2)

DISCUSSÃO

Os escores médios nas escalas mental e motora dos bebês desta amostra são semelhantes às médias de outros estudos realizados no Brasil. Porém, não foram encontrados estudos que utilizam a escala comportamental do Bayley-II, não havendo uma medida de comparação para esta em nosso meio.^{24,25}

As nossas crianças pertencentes aos níveis socioeconômicos D e E obtiveram menores escores na escala de desenvolvimento mental, que avalia as funções cognitivas e a linguagem, marcando a influência de fatores socioeconômicos. A pobreza tem sido descrita como fator de risco para o desenvolvimento infantil, é consenso na literatura que bebês de famílias de menor poder aquisitivo tem pior desempenho em testes que avaliam o domínio

mental, como encontrado no presente estudo.²⁶⁻³⁴ Famílias de níveis socioeconômicos menos privilegiados podem ter menos acesso a materiais educativos, além do fato de a situação socioeconômica estar diretamente relacionada à escolaridade materna, que é um fator associado ao atraso cognitivo da prole.^{29,35}

A influência da idade materna sobre o desenvolvimento nos primeiros anos de vida é pouco divulgada. Diferente dos resultados ora apresentados, outros estudos não encontraram associação entre a idade materna e o desenvolvimento infantil.^{31,36} O achado do presente estudo é relevante, entretanto, não foram encontrados trabalhos científicos que possam elucidar o possível prejuízo no desenvolvimento mental dos filhos de mães com 36 anos ou mais. Existe a hipótese de que aspectos ambientais, hormonais e genéticos possam estar envolvidos neste resultado, porém mais estudos sobre o tema devem ser realizados.

Em relação à escala motora, somente a maior paridade se configurou como fator de risco nesta amostra. Resultado semelhante foi encontrado por outros pesquisadores onde os bebês que possuíam mais de dois irmãos tinham maiores chances de possuir atraso neuropsicomotor.²⁹ As mães de famílias mais numerosas teriam menor disponibilidade para atender às demandas da criança, e a falta de estímulo adequado prejudicaria o desenvolvimento motor.²⁹

Quanto às implicações da depressão materna, os resultados mostram que a depressão da mãe, no momento da avaliação do bebê, não atingiu magnitude para interferir no desenvolvimento cognitivo e motor da criança. Estudos apontam na direção de que as mães deprimidas em um único momento não prejudicam o desenvolvimento dos seus filhos.^{10,13,14,28} Entretanto, não há consenso em relação a este achado. Estudos longitudinais encontraram associação entre um episódio no período pós-parto e problemas desenvolvimentais dos seus bebês aos 18 e 36 meses.^{33,37}

No presente estudo, os bebês das mães que se encontravam deprimidas apenas no período pós-parto têm pior desempenho no domínio mental quando comparados aos filhos de mães que não estavam deprimidas em nenhuma das avaliações ou que apresentavam um episódio de depressão somente na segunda avaliação. Brennan *et al* (2000)¹⁰ sugerem que os primeiros meses de vida do bebê seriam um período crucial para o desenvolvimento infantil. A

exposição a uma mãe mais ausente ou irritável, neste período, traria implicações negativas para o desenvolvimento da criança.¹⁰

Os achados do presente estudo indicam que o efeito cumulativo da exposição a uma mãe deprimida pode trazer conseqüências negativas no desenvolvimento mental destas crianças. As díades que experienciam um episódio persistente ou episódios recorrentes têm bebês com escores inferiores aos filhos daquelas mães com apenas um episódio depressivo ou com nenhum episódio, conforme encontrado na literatura.^{3,10-14} Segundo Field (1992)³⁸ a depressão materna só pode ser considerada um fator adverso para o desenvolvimento infantil aos 12 meses de idade nos casos em que as mães permaneceram deprimidas por mais de seis meses. O que justificaria este achado seria que somente as mães que persistiriam deprimidas por seis meses possuiriam menos interações positivas com os seus bebês, criando desta forma a compreensão que a manutenção de uma interação pobre é que traria efeitos deletérios.¹³

Mães com depressão crônica seriam menos sensíveis e responsivas e poderiam experimentar uma maior diminuição de energia para lidar com as demandas diárias do bebê em relação às mães que experienciam um único episódio depressivo. Estas características maternas interfeririam na qualidade da estimulação da criança por mais tempo e seriam consideradas porta de entrada para problemas do desenvolvimento.^{11,12}

Quanto ao desenvolvimento motor dos bebês, poucos estudos abordam a influência da cronicidade da depressão materna neste aspecto do desenvolvimento. Cornish *et al* (2005)¹⁴ avaliaram o desempenho motor de 112 díades com a Bayley-II e constataram que a cronicidade materna estava associada a piores escores na escala motora, diferentemente dos achados desta pesquisa. Isto poderia ser justificado em razão de que a amostra do estudo de Cornish era formada por mães com boas condições socioeconômicas, o que confundiria os resultados encontrados, pois a pobreza é um fator de risco para o desenvolvimento motor. O presente estudo possui maior poder amostral e têm uma amostra representativa de bebês de todos os níveis sociais.

Nesta investigação, o comportamento dos bebês não é afetado pelo quadro depressivo atual ou crônico das suas mães. A orientação, a regulação

emocional e a qualidade motora não estão alteradas em função da depressão materna. Outro estudo¹⁴ que utilizou a Bayley-II para avaliar o comportamento dos bebês também não encontrou diferenças significativas entre os filhos de mães cronicamente deprimidas, com algum episódio de depressão ou nenhum episódio. É importante ressaltar que a Bayley-II avalia o comportamento através da observação do examinador durante a situação de testagem.

Na direção contrária dos resultados deste trabalho, estudos que avaliam o comportamento através do relato materno indicam que a depressão recente ou a cronicidade da depressão estão associados com mais altos índices de problemas de comportamento.^{4,9,10,39} Deve-se considerar que possa haver viés de resposta nestes relatos, já que as mães deprimidas podem ter uma percepção alterada sobre o comportamento dos seus bebês.

Algumas possíveis limitações deste estudo devem ser apontadas: a) flexibilidade no tempo entre a primeira e a segunda avaliação; b) desconhecimento se as mães permaneceram deprimidas entre as duas avaliações ou se os episódios são recorrentes; c) a severidade da depressão materna; d) a variável cronicidade foi operacionalizada unindo as mães que não tiveram depressão em nenhum dos momentos com aquelas que manifestavam depressão somente no momento da avaliação da criança.

Estas limitações apontadas devem ser consideradas, porém não invalidam os resultados encontrados. O problema da flexibilidade do tempo entre as entrevistas pode ser minimizado, pois a Bayley-II considera a idade da criança em meses e dias para gerar o escore ponderado. Não sabemos se as mães tiveram remissão de sintomas ou recaída. É possível cogitar que, quanto maior o tempo de exposição, mais prejudicial seria esta interação. Porém, a literatura científica revisada menciona um período mínimo de seis meses sem aprofundar-se na hipótese de tempo-efeito. A investigação aponta que as mães com depressão crônica possuem também um quadro depressivo mais grave; mas não se teve poder amostral para testar esta hipótese.¹⁰ Referente à construção da variável cronicidade, as mães que possuíam um episódio no período pós-parto foram colocadas em uma categoria separada pois considerou-se que os primeiros meses de vida do bebê são um período crucial para o desenvolvimento infantil.¹⁰ Além disso, a depressão no momento da avaliação do bebê não se mostrou associada aos desfechos do

desenvolvimento infantil, por isto optamos por colocar esta categoria junto ao grupo que nunca esteve deprimida.

O atraso no desenvolvimento infantil tem se mostrado um importante preditor de problemas na infância e adolescência. Crianças que possuem atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida continuam apresentando prejuízo na idade escolar^{40,41}, tem maiores chances de serem disléxicas⁴² e podem experimentar dificuldades nas funções acadêmicas, sociais e emocionais na adolescência.^{43,44}

A depressão pós-parto é sub-diagnosticada pelos médicos em atenção primária e conseqüentemente sub-tratada.^{45,46} É imprescindível que os profissionais da área da saúde investiguem sintomas depressivos maternos neste período e trate-os precocemente, para que este quadro não se prolongue e afete negativamente o desenvolvimento da prole, entre outras morbidades. A partir disso, sugere-se que seja rotina nas consultas de puericultura um *screening* para depressão materna, a fim de que as mães que possuem sintomas depressivos sejam devidamente tratadas e, em um segundo momento se possa identificar o efeito de tal medida no desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria* 2003; 79 (supl. 1): 533-542.
2. To T, Guttmann A, Dick PT, Rosenfield JD, Parkin P, Tassoudji M, Vydikhan TN, Cao H, Harris JK. Risk markers for poor development attainment in young children. *Archives Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 643-649.
3. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do RS* maio/ago 2005; 27 (2): 165-176.
4. Ramchandani P, Stein A, O`connor TG and the ALSPAC Study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a

- prospective population study. *The Lancet* 2005; 365 (june 25): 2201-2205.
5. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives Womens Helth* 2003; 6: 263-274.
 6. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão poá-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF jan./jun* 2005 10 (1): 61-68.
 7. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development* 1995;18:1-13.
 8. Goodman JC. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45 (1), 26-35.
 9. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998; 12 (1): 12-20.
 10. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronity, severity and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology* 2000; 36(6): 759-766.
 11. Preston SLS, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and family psychology review* 2006; 9 (1): 65-83.
 12. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology* 1999; 35: 1297-1310.
 13. Campbell SB, Cohn JF, Meyers TA. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology* 1995; 31: 349-57.
 14. Cornish AM, McMahon CA, Ungerer JA, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant behavior & development* 2005; 28: 407-17.

15. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.
16. Abou-Saleh MT, Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(5):428-32.
17. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins MLP, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31(6):799-804.
18. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves G, Olea E, Perucca Páez E et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000;38(2):84-93.
19. Pinheiro RT, Magalhães PVS, Horta BL, Pinheiro TAT, da Silva RA, Pinto RH. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 230-232.
20. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica no Brasil. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (accessed em Janeiro de 2009)
21. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publ.* 2007;23(11):2577-88.
22. Bayley N. Bayley Scales of infant development. 2nd ed. San Antonio: The Psychological Corporation; 1993.
23. Theuer RV, Mendoza CEF. Avaliação da inteligência na primeira infância. *Psico USF* 2003; 8 (1): 21-32.
24. Andrade SA, Santos DV, Bastos AC, Pedromônico MRM, Filfo NA e Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39 (4): 606-611.

25. Eickmann SH, Lira PIC, Lima MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2002; 60(3B): 748-54.
26. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 1994; 65: 296-318.
27. Walker D, Greenwood C, Hart B, Carta J. Prediction of school outcomes based on early language production and socioeconomic factors. *Child Development*, 1994; 63: 606-21.
28. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33 (3): 543-561.
29. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros CB, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Revista Chilena de Pediatria* 2002; 73 (5): 529-539.
30. Halpern R, Barros FC, Horta BL, Victora CG. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso aos nascer e renda familiar. *Caderno de Saúde Pública* 1996; 12 (Suplemento 1): 73-78.
31. Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canos/RS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (1):181-190.
32. Normand CL, Baillargeon RH, Brousseau J. Family socioeconomic status and cognitive development in the first year of life. *Canadian Journal of Behavioural Science* 2007; 39 (3): 202-19.
33. Stein A, Malmberg LE, Sylva K, Barnes J, Leach P, FCC team. The influence of maternal depression, caregiving and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child: care, health and development* 2008; 34 (5): 603-12.
34. Petterson SM, Albers AB. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child development* 2001; 72 (6): 1794-1813.
35. Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Brookes Publishing Company 1995.

36. Slykerman RF, Thompson JMD, Clark PM, Becroft DMO, Robinson E, Pryor JE et al. Determinants of developmental delay in infants aged 12 months. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007; 21: 121-8.
37. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2003; 12 (2): 75-83.
38. Field T. Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 1992; 4 (4): 49-66.
39. Hadley C, Tegegn A, Tessema F, Asefa M, Galea S. Parental symptoms of common mental disorders and children's social, motor, and language development in sub-Saharan Africa. *Annals of Human Biology*, 2008; 35 (3): 259-75.
40. Webster RI, Majnemer A, Shevell MI. Child health and parental stress in school-age children with a preschool diagnosis of developmental delay. *J Child Neurol*. 2008; 23 (1): 32-8.
41. Shevell M, Majnemer A, Platt RW, Webster R, Birnbaum R. Developmental and functional outcomes at school age of preschool children with global development delay. *J Child Neurol*. 2005; 20(8): 648-53.
42. Lagae L. Learning disabilities: Definitions, epidemiology, diagnosis and intervention strategies. *Pediatr Clin N Am* 2008; 55: 1259-68.
43. Hardoff D, Jaffe M, Cohen A, Jonas R, Lerrer-Amisar D, Tirosh E. Emotional and behavioral outcomes among adolescents with mild developmental deficits in early childhood. *Journal of adolescent health* 2005; 36: 70.e14-19.
44. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of psychiatry*. Baltimore 1995: 2154-62.
45. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruema MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Brás Psiquiatr* 2003; 25 (2): 114-22.
46. McQuaid J, Murray BS, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999; 55: 1-10.

Tabela 1 – Distribuição de uma amostra de 380 díades e médias das escalas de desenvolvimento mental, motor e comportamental da Bayley-II, em um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano de 2008.

	N (%)	Escala Mental (d.p.)	p-valor	Escala Motora (d.p.)	p-valor	Escala Comportamental (d.p.)	p-valor
Classificação socioeconômica			0,021		0,238		0,097
A e B	40 (10,9)	97,03 (13,13)		100,65 (15,96)		71,30 (29,55)	
C	209 (56,9)	98,55 (13,41)		101,84 (13,46)		77,86 (25,54)	
D e E	118 (32,2)	93,79 (13,09)		99,08 (14,66)		68,57 (30,22)	
Idade materna			0,002		0,110		0,334
Até 19 anos	64 (17,1)	98,16 (13,73)		101,17 (14,15)		74,97 (25,51)	
20 a 34 anos	272 (72,5)	97,63 (11,68)		101,33 (14,16)		74,41 (27,86)	
35 anos ou mais	39 (10,4)	88,46 (20,25)		95,59 (14,49)		68,67 (32,19)	
Vive com o pai do bebê			0,559		0,132		0,526
Não	68 (19,2)	95,78 (11,57)		98,25 (13,53)		71,63 (27,63)	
Sim	287 (80,8)	96,84 (13,84)		101,15 (14,41)		74,03 (28,16)	
Sexo			0,414		0,978		0,018
Masculino	208 (55,5)	96,31 (12,17)		100,68 (14,13)		70,63 (28,76)	
Feminino	167 (44,5)	97,44 (14,48)		100,72 (14,57)		77,55 (27,04)	
Peso ao nascer			0,063		0,863		0,197
Até 2499	46 (12,2)	93,43 (18,05)		100,46 (15,56)		68,78 (33,50)	
2500 ou mais	332 (87,8)	97,30 (12,40)		100,85 (14,13)		74,50 (27,27)	
Tipo de parto			0,505		0,726		0,118
Normal	184 (51,4)	97,39 (12,03)		100,84 (12,93)		76,49 (26,40)	
Cesárea	174 (48,6)	96,45 (14,62)		101,37 (15,64)		71,83 (29,84)	
Paridade			0,007		0,004		0,094
Até 2 filhos	173 (71,5)	96,84 (12,00)		101,74 (14,45)		74,81 (27,09)	
3 filhos ou mais	69 (28,5)	91,48 (17,77)		95,94 (12,70)		67,90 (32,94)	
Cuidador			0,580		0,962		0,496
Somente a mãe	269 (71,4)	96,62 (14,12)		100,72 (14,57)		72,36 (29,78)	
Mãe uma parte do tempo	54 (14,3)	99,44 (10,78)		99,54 (13,53)		80,28 (22,23)	
Familiares, babá ou creche	54 (14,3)	94,35 (12,10)		101,26 (13,51)		72,70 (25,64)	
Mamou até os 6 meses			0,755		0,884		0,903
Sim	212 (58,1)	97,19 (12,57)		100,56 (13,36)		73,57 (28,43)	
Não	153 (41,9)	96,76 (13,83)		100,78 (15,46)		73,93 (27,87)	
Veze que ficou doente no último mês			0,254		0,968		0,445
Nenhuma ou 1 vez	299 (90,1)	97,15 (13,25)		100,10 (14,40)		75,51 (27,27)	
2 vezes ou mais	33 (9,9)	98,58 (11,43)		100,00 (12,65)		71,67 (28,70)	
Cronicidade da depressão materna			0,037		0,057		0,330
Nenhum momento ou atual	312 (82,1)	97,35 (13,42)		101,34 (14,30)		74,26 (28,35)	
Pós-parto	33 (8,7)	94,64 (12,17)		99,45 (12,43)		73,09 (26,89)	
Pós-parto e atual	35 (9,2)	92,89 (13,85)		96,69 (15,30)		69,23 (29,17)	
Total	380 (100)	96,71 (13,40)		100,74 (14,27)		73,70 (28,27)	

Tabela 2 – Regressão linear bruta e ajustada dos domínios mental e motor da Escala Bayley-II, conforme modelo hierárquico previamente proposto.

	B Mental Bruta (IC 95%)	B Mental Ajustada (IC 95%)	p-valor	B Motora Bruta (IC 95%)	B Motora Ajustada (IC 95%)	p-valor
Classificação socioeconômica	-2,61 (-4,81; -0,401)	-3,02 (-5,22; -0,82)	0,007	-1,41 (-3,75; 0,93)		
Idade materna	-4,07 (-6,67; -1,48)	-4,18 (-6,82; -1,54)	0,002	-2,26 (-5,04; 0,51)	-2,07 (-5,01; 0,86)	0,166
Vive com o pai do bebê	1,06 (-2,50; 4,62)			2,90 (-0,88; 6,68)	3,65 (-0,17; 7,47)	0,061
Sexo Feminino	1,12 (-1,58; 3,83)			0,55 (-2,89; 2,97)		
Peso ao nascer – 2,5 KG ou mais	3,87 (-0,22; 7,95)	3,85 (-1,46; 9,16)	0,154	0,39 (-4,04; 4,82)		
Parto cesárea	-0,94 (-3,72; 1,83)			0,53 (-2,45; 3,51)		
Paridade - 3 filhos ou mais	-5,37 (-9,26; -1,47)	-2,53 (-1,46; 9,16)	0,216	-5,80 (-9,72; -1,88)	-5,80 (-9,72; -1,88)	0,004
Cuidador	-0,53 (-2,40; 1,34)			0,65 (-1,93; 2,03)		
Não mamou até os 6 meses	-0,43 (-3,17; 2,30)			0,22 (-2,76; 3,20)		
Ficou doente 2 vezes ou mais no último mês	0,36 (-0,19; 0,072)			-0,10 (-5,24; 5,03)		
Cronicidade da depressão materna	-2,31 (-4,49; -1,13)	-2,34 (-4,52; -0,15)	0,036	-2,25 (-4,57; 0,07)	-1,62 (-4,32; 1,08)	0,239