

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

**INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MATERNOS
NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: 12 MESES DE
SEGUIMENTO**

ANDRESSA FURTADO CALIXTO

Mestrado Acadêmico

2018

ANDRESSA FURTADO CALIXTO

**INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MATERNOS
NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: 12 MESES DE
SEGUIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.

Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Regina Lindgren Alves.

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

- C154i
2018
- Calixto, Andressa Furtado, 1986
Influência dos sintomas depressivos maternos no desenvolvimento infantil: 12 meses de seguimento / Andressa Furtado Calixto. - 2018.
60 f. : il.
- Orientadora: Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.
Coorientadora: Claudia Regina Lindgren Alves.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.791>
Inclui bibliografia.
1. Ciências médicas - Teses. 2. Depressão pós-parto - Teses. 3. Crianças - Desenvolvimento - Teses. 4. Capacidade motora nas crianças - Teses. I. Azevedo, Vívian Mara Gonçalves de Oliveira. II. Alves, Claudia Regina Lindgren. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andressa Furtado Calixto

INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MATERNOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: 12 MESES DE SEGUIMENTO

Presidente da banca: Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Uberlândia, 18 de maio de 2018.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Laura Alves Cabral

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares.

Prof. Dra. Camilla Zamfolini Hallal Prof. Dr, UFU

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dra. Daniela Marques de Lima Mota Ferreira

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Dedico esse trabalho aos meus pais, Teresinha e Hélio (in memorian), pelo exemplo, carinho e apoio. Por sempre se dedicarem e não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. Meu amor e minha gratidão. Tenho orgulho de ser filha de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir viver esse momento e sempre iluminar o meu caminho.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Vívian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo, pela sua orientação, total apoio e disponibilidade. Agradeço pela oportunidade, amizade e confiança.

À minha querida coorientadora, Profa. Dra. Claudia Regina Lindgren Alves, pela oportunidade. Agradeço pela valiosa contribuição na construção desse trabalho, disponibilidade e carinho.

Ao Hospital Sofia Feldman, pelo apoio e incentivo, em especial a Tatiana Lopes, Fernanda Gontijo e Simone Ribeiro, pela colaboração e auxílio durante todo o processo do mestrado.

Aos amigos do Cuidar e Crescer Juntos, pelo aprendizado e companheirismo, em especial a Marina Guimaraes pela parceria desde o início.

À minha família, em especial meus pais, minhas irmãs e sobrinha, Teresinha de Lourdes Furtado Calixto, Hélio Calixto, Flávia Furtado Calixto, Marcela Furtado Calixto e Sofia Calixto Vilela, pelo apoio e amor incondicional. Amo vocês.

Aos meus amigos queridos pela companhia, alegria e torcida.

Meu agradecimento especial, à todas mães e as suas crianças que confiaram em mim e se dispuseram a participar desse trabalho.

“Quando olho uma criança, ela me inspira dois sentimentos, ternura pelo que é, e respeito pelo que possa ser”.

Jean Piaget

RESUMO

Introdução: A depressão é uma das complicações mais comuns dos períodos pré e pós-parto, o que pode ter consequências negativas tanto para a mulher quanto para o filho e também para a família. Os prejuízos da depressão pós parto (DPP) para a criança podem estar associados a déficit cognitivo, prejuízos emocionais e a padrões desajustados de comportamento. No entanto, são escassas os estudos que abordaram os efeitos dos sintomas da DPP em relação ao desenvolvimento infantil ao longo do tempo, especialmente com crianças nascidas a termo e pré-termo limítrofes. **Objetivo:** Avaliar o desenvolvimento infantil de crianças filhas de mães que apresentaram escore compatível com sintomas depressivos maternos, do segundo ao décimo segundo mês após o nascimento. **Método:** Estudo prospectivo do tipo coorte, realizado no Brasil, com a participação de 160 mães e seus filhos. Para identificar os sintomas da DPP, as mães responderam ao *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) aos 2 e aos 9 meses pós-parto. Considerou-se como presença de sintomas de DPP quando, em pelo menos uma das medidas, a pontuação fosse igual ou maior que 10. Para a avaliação do desenvolvimento infantil, utilizou-se a *Bayley Scales of Infant and Toddler Development* III (Bayley III) aos 2, 4, 6, 9, 12 meses de idade. Todos os participantes responderam aos questionários estruturados com dados maternos, perinatais e socioeconômicos. Para a análise dos dados foi utilizado o Generalized Equations Estimating (GEE), Modelos Lineares Generalizados (GLM) e, posteriormente, realizadas regressões linear e logística. **Resultados:** Observou-se que 37,5% das mães que responderam ao EPDS apresentaram sintomas de DPP em pelo menos um dos momentos avaliados. Foi possível verificar associação entre os sintomas de DPP e o desenvolvimento infantil, especificamente na habilidade motora fina, aos 9 ($p=0,020$) e aos 12 ($p=0,009$) meses. Os sintomas de DPP não apresentaram associação significativa para as subescalas do Bayley cognitivo, linguagem

(receptiva e expressiva) e motor grosso. **Conclusão:** As crianças filhas de mães com sintomas de DPP apresentaram alteração no desenvolvimento infantil, especificamente na habilidade motora fina aos 9 e 12 meses de idade em relação às crianças filhas de mães sem sintomas de DPP.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, desenvolvimento infantil, desenvolvimento motor.

ABSTRACT

Background: The depression is one of the most common complications of pre and postpartum periods, which can have negative consequences for both the woman and the child as well as the family. Postpartum depression (PPD) losses to the child may be associated with cognitive impairment, emotional impairment, and maladaptive patterns of behavior. However, there are few studies addressing the effects of PPD symptoms on child development over time, especially with borderline term and preterm infants. **Objective:** To evaluate the child development of daughters of mothers who presented scores compatible with maternal depressive symptoms, from the second to the twelfth month after birth. **Method:** Prospective cohort study, conducted in Brazil, with the participation of 160 mothers and their children. To identify the symptoms of PPD, the mothers responded to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) at 2 and 9 months postpartum. It was considered as a presence of PPD symptoms when, in at least one of the measures, the score was equal to or greater than 10. For the evaluation of the child development, Bayley Scales of Infant and Toddler Development III (Bayley III) at 2, 4, 6, 9, 12 months of age. All participants answered the questionnaires structured with maternal, perinatal and socioeconomic data. For the data analysis, we used Generalized Equations Estimating (GEE), Generalized Linear Models (GLM) and, later, linear and logistic regressions. **Results:** It was observed that 37.5% of the mothers who responded to the EPDS had symptoms of PPD in at least one of the evaluated moments. It was possible to verify the association between PPD symptoms and child development, specifically in fine motor skills, at 9 ($p = 0.020$) and at 12 ($p = 0.009$) months. The symptoms of PPD had no significant association to the Bayley subscales of cognitive, language (receptive and expressive) and gross motor. **Conclusion:** Children of mothers with PPD symptoms presented

alterations in child development, specifically in fine motor skills at 9 and 12 months of age in relation to the children of mothers without symptoms of PPD.

Keywords: Postpartum depression, child development, motor development.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACRIAR	Ambulatório de Crianças de Risco
C&C	Projeto Cuidar & Crescer juntos
CEP-UFMG	Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais
DP	Desvio Padrão
DPP	Depressão pós-parto
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
GEE	<i>Generalized Equations Estimating</i>
GLM	Modelos lineares generalizados
HSF	Hospital Sofia Feldman
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTACAO TEORICA.....	14
2.1	A influência da depressão pós-parto (DPP) para a mãe e para a criança.....	14
2.1.1	<i>Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).....</i>	<i>16</i>
2.2	O desenvolvimento infantil	17
2.2.1	<i>Avaliação do desenvolvimento infantil – Bayley Scales of Infant and Toddler Development III – Bayley III.....</i>	<i>18</i>
2.3	Depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil.....	19
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	ARTIGO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
	APÊNDICE B - Questionário estruturado da pesquisa.....	46
	ANEXO A - Parecer de aprovação do CEP.....	53
	ANEXO B - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS).....	57

1 INTRODUÇÃO

A depressão é uma das complicações mais comuns do período pré e pós-parto que envolve diretamente a mãe e a criança (GAYNES *et al.*, 2005; COX; MURRAY; CHAPMAN, 1993), podendo ser negativamente associada a prejuízos nesta relação e consequentemente no desenvolvimento infantil (LOVEJOY *et al.*, 2000).

Há evidências que o estresse parental, a ansiedade e a depressão materna podem interferir negativamente no desenvolvimento infantil, especialmente numa população de maior vulnerabilidade como as de menor nível socioeconômico (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

Os primeiros meses de vida da criança são decisivos, e as experiências ricas e variadas nas áreas cognitiva, afetiva e social são importantes para que todo o potencial de desenvolvimento da criança seja alcançado (BRASIL, 2012). Mães com sintomas depressivos apresentam alterações do comportamento ao interagir com os seus filhos, assim como no cuidado com a criança, quando comparadas com mães sem sintomas depressivos (FIELD, 2010; SMITH-NIELSEN *et al.*, 2016).

Atualmente, existem alguns estudos que associam os sintomas de depressão pós-parto (DPP) com o aumento de risco para atrasos em habilidades cognitivas e de linguagem (MURRAY, 1992; QUEVEDO *et al.*, 2012; SOHRPRESTON; SCARAMELLA, 2006), mas pouco se sabe sobre o quanto os sintomas de DPP se relaciona com as outras habilidades da criança, como a motora fina e grossa.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o desenvolvimento infantil de crianças filhas de mães que apresentaram escore compatível com sintomas de depressão pós-parto, aos 2 , 4 , 6 , 9 e 12 meses após o nascimento.

Esse estudo se insere dentro de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e

suas famílias no Brasil”, do grupo de pesquisa “Cuidar e Crescer Juntos (C&C)”. O projeto C&C tem como objetivo fortalecer o vínculo emocional, reduzir o estresse das mães e estimular práticas de cuidado que promovam o desenvolvimento global da criança no primeiro ano de vida. Este projeto foi financiado pela *Grand Challenges Canada – Saving Brains*, que apoia iniciativas ligadas a promoção da saúde na primeira infância, afim de minimizar riscos biológicos e sociais. Este estudo teve início no segundo semestre do ano de 2014, após a capacitação e treinamento de toda a equipe envolvida, e término no segundo semestre de 2017. Os resultados estão sendo divulgadas desde o fim de 2017 por meio de publicações científicas.

2 FUNDAMENTACAO TEORICA

2.1 A influência da depressão pós-parto (DPP) para a mãe e para a criança

A DPP é uma desordem muito comum que acontece no período pós-natal, mas nem sempre é facilmente diagnosticada, podendo interferir negativamente na relação da mãe com a criança e também na relação conjugal (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida. Ao persistir ou intensificar-se a tristeza materna, o paciente pode estar desenvolvendo quadro de depressão, cujos critérios clínicos diagnósticos são os mesmos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) (RUSCHI *et al.*, 2007).

O termo DPP é usado para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do recém-nascido. Geralmente, o quadro clínico inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, onde ocorrem humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (CANTILINO *et al.*, 2010).

A DPP vem sendo muito estudada nas ultimas décadas, por ser uma doença com impacto negativos na vida da mulher (VLIEGEN; CASALIN; LUYTEN, 2016). Os dados referentes à prevalência da DPP variam na literatura, devido a variabilidade cultural, processo de notificação e triagem, diferenças na percepção da saúde mental, diferenças socioeconômicas e fatores de vulnerabilidade biológica (HALBREICH; KARKUN, 2006). De maneira geral, 10 a 15% das mulheres apresentam um quadro depressivo após o parto, sendo

que metade destas não se recuperam até o fim do primeiro ano após o parto (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). No Brasil, a incidência varia de 12 a 39,7% (SILVA *et al.*, 1998; FIGUEIRA *et al.*, 2009; MORAES *et al.*, 2006; MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013). No grupo de mulheres que tiveram partos prematuros, essa prevalência pode chegar de 30 a 60% (KORJA *et al.*, 2008).

A DPP não está associada apenas a mecanismos biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, sendo que a própria gravidez e o parto constituem elementos estressantes para a mulher. No entanto, existem alguns preditores para a DPP, que incluem fatores como: pré-natal com relato de depressão, estresse durante a puericultura, baixa auto estima, ansiedade no período pré-natal, baixo apoio social, tristeza relacionada a maternidade, baixa satisfação conjugal, estado civil, nível socioeconômico baixo, história de depressão prévia, temperamento difícil da criança e gravidez indesejada. Esses preditores podem ser usados como marcadores ou como sinais de risco para DPP, e assim buscar minimiza-los (BECK 2001; MORAES *et al.*, 2006).

A ocorrência da DPP nos primeiros meses de vida da criança pode estar associada a dificuldades relacionais entre a mãe e a criança, o que pode causar prejuízos no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Estudos apontam que quanto maior a duração dos sintomas da DPP, há menor afetividade e cuidados direcionados à criança, resultando em prejuízo no desenvolvimento cognitivo e social no primeiro ano de vida (TRONICK; RECK, 2009). Os filhos de mães deprimidas apresentam dificuldades para se envolver e manter uma interação social, déficits na regulação dos estados afetivos, altos níveis de apego inseguro com a mãe e, normalmente, são menos felizes. Além disso, podem apresentar dificuldades alimentares, insônia e choro mais frequente (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; BRUMMELTE; GALEA, 2016).

Não se deve confundir sintomas de DPP com mudanças fisiológicas consideradas típicas do período pós-parto. Para isso, é de suma importância o uso de instrumentos elaborados especificamente para averiguar sintomas depressivos nessa população.

2.1.1 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

Com o intuito de ter um instrumento de fácil acesso e com boa sensibilidade e especificidade, Cox, Holden e Sagovsky (1987) criaram a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). A EPDS auxilia na identificação de sintomas de DPP no período subclínico, bem como nos estudos de prevalência da DPP nas diversas populações (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

Esta escala é um instrumento de auto registro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Pode ser aplicada por profissionais de saúde que não possuem formação em psiquiatria, de forma rápida (em média de 5 minutos), sendo a interpretação dos resultados (pontuação) simples.

Em 2004, a EPDS foi validada no Brasil por meio de um estudo que avaliou a DPP em mulheres três meses após o parto (SANTOS *et al.*, 2007). A pontuação original, conforme determinado pelos autores, varia de 12 a 13 para sintomas relativos a depressão, sendo sensível a alterações na gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Para a população brasileira foi preconizado o ponto de corte de ≥ 10 , para a detecção de sintomas relativos a depressão, podendo ser utilizados pontos de corte mais altos caso haja a necessidade de um diagnóstico mais específico de DPP (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987; SANTOS *et al.*, 2007).

A EPDS é considerada um bom instrumento de triagem da DPP, e pode ser útil no direcionamento do diagnóstico e do tratamento da DPP, minimizando

os efeitos nocivos desta doença tanto para a mãe quanto para a criança (RUSCHI *et al.*, 2007; FIGUEIRA *et al.*, 2009).

2.2 O desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, contínuo e complexo, que se inicia desde a concepção e envolve diversos aspectos como o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social, ambiental e afetiva da criança. A criança que apresenta o desenvolvimento normal é capaz de responder às suas próprias necessidades e às do meio (COELHO *et al.*, 2016; BRASIL, 2012).

A infância é o momento mais vulnerável e sensível para alterações do desenvolvimento, porém é neste período que ações devem ser realizadas no intuito de minimizar os efeitos de um contexto desfavorável. Sendo assim, é fundamental a promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida (BRASIL, 2012; GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

A avaliação do desenvolvimento infantil é de suma importância quando se trata de aumentar a proporção de crianças que cumprem o seu potencial de desenvolvimento. O uso de ferramentas com boa capacidade de identificar crianças com alterações no desenvolvimento nos primeiros anos de vida pode ajudar a reverter ou reduzir o impacto dessas alterações. De acordo com a necessidade, pode-se utilizar instrumentos que avaliem a criança globalmente ou apenas uma habilidade específica (FISHER, 2014; GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

2.2.1 Avaliação do desenvolvimento infantil – Bayley Scales of Infant and Toddler Development III – Bayley III

O teste Bayley foi desenvolvido nos Estados Unidos e normatizado para crianças termo e pré-termo. Entre os instrumentos disponíveis para a avaliação do desenvolvimento, as escalas Bayley de desenvolvimento infantil é uma das mais utilizadas atualmente, apresentando uma grande capacidade de identificar alterações no desenvolvimento e, com isso, é considerada mundialmente como teste padrão-ouro para avaliação diagnóstica do desenvolvimento global infantil nas idades de 1 a 42 meses (BAYLEY, 2006).

Em 1953, Nancy Bayley publicou a primeira versão desta escala, sendo revisada em 1977, onde surgiu a segunda versão. Finalmente, em 2006, foi publicada a terceira e atual versão da escala Bayley, a Bayley III. As duas versões iniciais das escalas Bayley avaliavam dois índices de desenvolvimento: o mental, que engloba a avaliação cognitiva e de linguagem, e o desenvolvimento psicomotor. A segunda versão (Bayley II) foi amplamente utilizada em pesquisas, sendo uma limitação o fato de o componente cognitivo ser avaliado pela medida combinada de cognição e linguagem. Em 2006, a versão III foi desenvolvida para separar o índice de desenvolvimento mental em habilidades cognitiva e de linguagem, e o índice de desenvolvimento psicomotor em motor fino e grosso, tendo assim cinco habilidades a serem avaliadas: a cognição, a linguagem expressiva, linguagem receptiva, motora fina e motora grossa. Assim a Bayley III apresenta capacidade para fornecer informações relativas ao desenvolvimento neuropsicomotor e discriminar problemas específicos do desenvolvimento na avaliação clínica da criança (BAYLEY, 2006; MADASCHI; PAULA, 2011).

Por ser um instrumento com boa capacidade psicométrica e ter sólida fundamentação teórica, é muito utilizada nas pesquisas e na prática clínica para avaliar o desenvolvimento de crianças pequenas, em diversos países (BAYLEY,

2006). Apesar da escala Bayley III ainda estar em processo de validação para a população brasileira, tem sido amplamente utilizada em vários estudos, mostrando-se capaz de identificar alterações no desenvolvimento.

2.3 Depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil

A manifestação de sintomas depressivos maternos ao longo dos primeiros anos de vida da criança podem repercutir negativamente no desenvolvimento infantil (VLIEGEN; CASALIN; LUYTEN, 2014).

Na literatura, alguns autores, ao avaliarem os efeitos da DPP, encontraram que a depressão materna ocorrida durante o período pré-natal, pós-parto, ou crônica está associada ao aumento do risco para atrasos cognitivos e de linguagem (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006). Sabe-se que a DPP pode estar associada a prejuízos na interação mãe-bebê, alterações eletroencefalográficas, déficit cognitivo da criança, prejuízos emocionais e a padrões desajustados de comportamento. Há relatos de maior insatisfação das mulheres com sintomas depressivos em relação ao desenvolvimento do filho no primeiro ano de vida e com o desempenho de seu papel de mãe, além de maior estresse no manejo com a criança (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

Murray *et al.* nas ultimas décadas, tem analisado os efeitos dos sintomas de DPP no desenvolvimento infantil, assim como seus fatores de risco. Em 1992, Murray observou que a DPP não apresentou efeitos sobre o desenvolvimento cognitivo e da linguagem em geral, mas que as crianças com classe social mais baixa e do gênero masculino, se desenvolveram menos (MURRAY, 1992). Em 1993, ao investigarem a relação entre fatores obstétricos e a DPP, Murray e Cartwright (1993) observaram que as mulheres com DPP eram mais propensas a ter experimentado eventos obstétricos estressantes anteriores ao parto. Em 1997, Murray e Cooper evidenciaram que os sintomas de DPP representam um risco para a relação mãe e criança e também para o

desenvolvimento infantil, sendo que o impacto pode ser ainda maior quando o sintoma depressivo é grave e prolongado (MURRAY; COOPER, 1997). Em 1999, MURRAY *et al.*, sugerem que os sintomas de DPP e as alterações na relação mãe-filho, nos primeiros meses, o que pode representar m risco comportamental e social a longo prazo no desenvolvimento da criança (MURRAY *et al.*, 1999). Em 2010, em um estudo longitudinal realizado com jovens de 16 anos de idade, demonstrou que o desempenho acadêmico em meninos de mães com DPP é mais pobre do que para filhos de mães não afetadas. Os problemas cognitivos precoces persistem e a continuidade das dificuldades de interação associadas à DPP podem contribuir para isto (MURRAY *et al.*, 2010). Por fim, os efeitos mais graves da DPP, parecem estar relacionados ao desenvolvimento cognitivo, com a linguagem e com a interação social, assim como à classe social e ao gênero masculino.

Ao avaliar os efeitos adversos da depressão materna no desenvolvimento cognitivo, até os 7 anos de idade, Kurstjens e Wolke (2001), observaram o impacto da DPP apenas em crianças do sexo masculino com baixo nível socioeconômico e alto risco ao nascimento, depressão grave iniciado no início do puerpério que se prolongou ao longo dos anos (KURSTJENS; WOLKE, 2001).

Liu *et al.* em 2016 em uma metanálise, ao relacionar DPP e desenvolvimento cognitivo, relataram que os sintomas depressivos maternos estão relacionados a menores escores cognitivos na primeira infância (LIU *et al.*, 2017). Em relação a linguagem, os achados indicam que a idade materna, paridade, cuidador principal e a duração da DPP tão associados com o um menor escore de desenvolvimento da linguagem da criança. (QUEVEDO *et al.*, 2012).

Na Dinamarca, ao avaliarem mães e crianças no aspecto cognitivo, de linguagem e motor através do Bayley III, sem fatores de risco associados (socioeconômico e físico), encontraram que os filhos de mães com DPP aos 4 meses de idade apresentaram pior desenvolvimento cognitivo quando

comparado as mães sem DPP, e aos 13 meses não encontraram diferença entre os grupos (SMITH-NIELSEN *et al.*, 2016).

Os períodos pré-natal e pós-natal são tempos de risco para desenvolver depressão em mulheres, e é de grande importância que prestemos mais atenção à saúde materna, não apenas durante a gravidez, mas também no período o pós-parto afim de reduzir os efeitos negativos no desenvolvimento infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o desenvolvimento infantil em crianças filhas de mães que apresentaram escore compatível com sintomas de depressão pós-parto (DPP), do segundo ao décimo segundo mês após o nascimento.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as características sociodemográficas da população estudada;
- Identificar qual a incidência de depressão pós-parto nas mães participantes do estudo;
- Avaliar desenvolvimento infantil das crianças filhas de mulheres com e sem DPP;
- Avaliar a associação entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento infantil da criança em relação às habilidades cognitivas, de linguagem (receptiva e expressiva) e motora (fina e grossa).

4 ARTIGO

Artigo - INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS MATERNOS
NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: 12 MESES DE SEGUIMENTO

Influência dos sintomas depressivos maternos no desenvolvimento infantil: 12 meses de seguimento¹

Título abreviado: Influência dos sintomas da DPP no desenvolvimento infantil

Andressa Furtado Calixto

Fisioterapeuta. Especialista em Neonatologia

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/FAMED, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

andressafc@hotmail.com

<http://lattes.cnpq.br/9277237547697964>

Claudia Regina Lindgren Alves

Médica. Doutora em Ciências da Saúde

Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

lindgrenalves@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/4383491149585936>

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FAEFI; Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/FAMED, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

vivian.azevedo@ufu.br

<http://lattes.cnpq.br/4247658527800602>

Contribuição dos autores: Os autores do artigo tiveram igual participação na concepção e delineamento do estudo, na produção dos dados, na análise estatística, na preparação e redação do manuscrito e na revisão crítica final após a conclusão do trabalho.

¹ Artigo formatado conforme as normas do Jornal de Pediatria. Para facilitar a compreensão, as tabelas apresentam-se no texto e não ao final com é recomendado pela revista.

Conflito de interesse: Nada a declarar

Autor para Correspondência:

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FAEFI. Rua Benjamin Constant, 1286. Bairro Aparecida. Minas Gerais, Brasil. CEP: 38400-678. Telefone: +55 34 3218-2901.

E-mail: vivian.azevedo@ufu.br

Autor responsável pelos contatos pré-publicação:

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia – FAEFI. Rua Benjamin Constant, 1286. Bairro Aparecida. Minas Gerais, Brasil. CEP: 38400-678. Telefone: +55 34 3218-2901.

E-mail: vivian.azevedo@ufu.br

Fonte financiadora: Grand Challenges Canada.

Contagem total das palavras do texto: 2.190

Contagem total das palavras do resumo: 250

Número de tabelas e figuras: 4 tabelas e 1 figura

Resumo

Objetivo: Avaliar o desenvolvimento infantil de crianças filhas de mães que apresentaram escore compatível com sintomas depressivos maternos, do segundo ao décimo segundo mês após o nascimento.

Método: Estudo prospectivo do tipo coorte, realizado no Brasil, com a participação de 160 mães e seus filhos. Para identificar os sintomas da depressão pós-parto (DPP). As mães responderam ao *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) aos 2 e aos 9 meses pós-parto. Considerou-se como presença de sintomas de DPP, quando em pelo menos uma das medidas, a pontuação fosse igual ou maior que 10. Para a avaliação do desenvolvimento infantil, utilizou-se a escala Bayley III aos 2, 4, 6, 9, 12 meses de idade. Todos os participantes responderam aos questionários estruturados com dados maternos, perinatais e socioeconômicos. Para a análise dos dados, foi utilizado o *Generalized Equations Estimating* (GEE), Modelos Lineares Generalizados (GLM) e, posteriormente, realizadas regressões linear e logística.

Resultados: Observou-se que 37,5% das mães que responderam ao EPDS apresentaram sintomas de DPP em pelo menos um dos momentos avaliados. Foi possível verificar associação entre os sintomas de DPP e o desenvolvimento infantil, especificamente na habilidade motora fina, aos 9 ($p=0,020$) e aos 12 ($p=0,009$) meses. Não houve associação entre a presença de sintomas de DPP e as subescalas do Bayley cognitivo, linguagem e motor grosso.

Conclusão: As crianças filhas de mães com sintomas de DPP apresentaram maior chance de alteração das habilidades motoras finas aos 9 e 12 meses de idade do que os filhos de mães sem sintomas de DPP.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, desenvolvimento infantil, desenvolvimento motor.

Introdução

A depressão é uma das complicações mais comuns dos períodos pré e pós-parto, o que pode gerar consequências negativas tanto para a mulher quanto para os filhos e também para a família.¹⁻⁸ A prevalência da depressão pós-parto (DPP) varia na literatura conforme a população estudada e a metodologia empregada. De maneira geral, aproximadamente 15% das mulheres apresentam um quadro depressivo no pós-parto,³ sendo que no Brasil a incidência varia de 12 a 39,4%.³⁻⁸

Os prejuízos da DPP para a criança podem estar associados a déficit cognitivo, prejuízos emocionais e a padrões desajustados de comportamento⁹. Segundo Sohr-Preston e Scaramella,⁹ mães com sintomas de DPP ao fim do primeiro ano de vida da criança, sentem-se mais insatisfeitas com o desenvolvimento do filho e com o desempenho de seu papel como mãe. Além disso, apresentam mais estresse no manejo com o filho.⁹

Estudos publicados anteriormente apresentaram resultados associando a DPP com as alterações no desenvolvimento infantil, tanto em crianças nascidas prematuras,¹⁰ quanto a termo.¹¹⁻¹³ No entanto, são escassas as pesquisas que abordaram os efeitos dos sintomas da DPP em relação ao desenvolvimento infantil ao longo do tempo, especialmente com crianças nascidas a termo e pré-termo limítrofes.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e motor, em crianças filhas de mães que apresentaram sintomas compatíveis com a depressão pós-parto, do segundo ao décimo segundo mês após o nascimento.

Método

Trata-se de um estudo prospectivo do tipo coorte. Foram incluídos neste estudo crianças admitidas na “Casa do Bebê” do Hospital Sofia Feldman (HSF) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, e crianças nascidas prematuras no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil, e que foram acompanhadas no Ambulatório de Crianças de Risco (ACRIAR), entre janeiro e outubro de 2015. A “Casa do Bebê” é um espaço anexo ao HSF, de baixa complexidade, onde ficam alojados mães e bebês até que estes alcancem peso ideal para alta hospitalar ou não necessitem mais de fototerapia ou de uso de antibióticos. Estas

duas instituições são referências para gestações de alto risco no estado de Minas Gerais e realizam grande número de partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante os 10 meses de recrutamento, foram elegíveis para este estudo 160 mães que responderam ao questionário *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) aos 2 e aos 9 meses pós-parto. Todas as mães participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/UFMG) (número do parecer: 640.899). Nenhuma das 160 mães apresentava transtornos mentais que comprometessem sua compreensão, e nenhuma das crianças apresentou malformações do sistema nervoso ou do sistema locomotor, doenças neurogenéticas ou cromossomopatias, presença de lesões hipóxico-isquêmicas e hemorragia peri intra ventricular grau III e IV, sendo estes considerados critérios de exclusão do estudo.

As crianças incluídas foram divididas em dois grupos: grupo 1 – composto por crianças filhas de mães com sintomas compatíveis com DPP; grupo 2 – composto por crianças filhas de mães sem sintomas de DPP. As mães responderam ao EPDS nas consultas realizadas aos 2 e 9 meses, sendo considerada presença de sintomas de DPP quando a pontuação fosse maior ou igual a 10, em pelo menos um dos momentos avaliados.¹⁴

Coleta de dados

Todas as mães das crianças incluídas no estudo responderam a um questionário estruturado que continha perguntas sobre as características clínicas e demográficas maternas (idade ao nascimento da criança, estado civil, composição familiar e escolaridade). A Classificação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)/Critério Brasil foi utilizado para caracterizar o nível socioeconômico das famílias.¹⁵

As informações perinatais (número de consultas de pré-natal, intercorrências perinatais, doenças maternas, tipo de parto, idade gestacional, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascimento, escores de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida) foram coletadas por meio do sumário de alta da maternidade durante a consulta da criança aos dois meses de idade cronológica ou corrigida, no caso de nascimento prematuro (idade gestacional ao nascimento menor que 37 semanas).

Aos 2 e aos 9 meses de idade dos filhos, as mães responderam a EPDS, uma escala de triagem utilizada para avaliar os sintomas depressivos no período pós-parto.³

Trata-se de um instrumento de auto registro composto por 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas.³

Para a avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de 2, 4, 6, 9 e 12 meses de idade da criança, foi utilizada a escala *Bayley Scales of Infant III* (Bayley III). Esta escala é considerada mundialmente como teste padrão-ouro para avaliação diagnóstica do desenvolvimento global infantil nas idades de 1 a 42 meses, e inclui itens específicos para avaliar os domínios de cognição, linguagem (receptiva e expressiva) e motor (fina e grossa) de acordo com a faixa etária.¹⁶ Os escores da escala Bayley III foram categorizados de forma que se a criança apresentasse escore inferior a 1 desvio padrão da média do grupo, o mesmo era considerado com possível atraso.

Análise estatística

Para verificar se havia associação dos sintomas de DPP com os escores de cada subescala da escala Bayley III ao longo do tempo, foi utilizado o método *Generalized Equations Estimating* (GEE). Para verificar tal associação aos 12 meses, foi utilizado os modelos lineares generalizados (GLM). Optou-se por utilizar os escores da escala Bayley III tanto numérico quanto categórico, sendo utilizadas, respectivamente, a regressão linear e a regressão logística. Utilizou-se para estas análises o *software* R (versão 3.2.4), sendo considerado estatisticamente significativo valor de $p < 0,05$.

Resultados

Foram avaliadas 160 crianças, cujas mães responderam a EPDS aos 2 e 9 meses de idade dos filhos.

A idade média das mães, na época do nascimento das crianças, foi de $26,26 \pm 7,14$ anos e a escolaridade média foi de 10,18 anos de estudo (com o mínimo de 4 anos e o máximo de 17 anos). Das 160 mulheres, 13,8% estavam inseridas no programa bolsa família, um programa governamental de transferência direta de renda.¹⁷ A maioria das crianças avaliadas (57,9%) tinham entre 31 e 37 semanas de idade ao nascimento; 39,6% apresentaram peso ao nascimento entre 1501g e 2500g, e 34,1% acima de 2500g. A caracterização socioeconômica e demográfica das famílias, assim como as informações perinatais das mães e das crianças avaliadas encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Características perinatais e socioeconômicas das crianças e mães avaliadas.

Variáveis			n	%
Dados de nascimento das crianças	Idade gestacional (n = 159)	≤ 30	24	15,1%
		31-36	92	57,9%
		≥ 37	43	27,0%
	Apgar 5º minuto (n = 158)	≥ 7	153	96,8%
		Vaginal	92	58,6%
	Tipo de parto (n = 157)	Cesária	63	40,1%
		Fórceps	2	1,3%
	Sexo (n=144)	Feminino	74	51,4%
		<1500g	42	26,4%
	Peso (n=159)	1501 a2500g	63	39,6%
		>2501g	54	34,0%
Dados da evolução das crianças	VM (n = 148)	Sim	33	22,3%
	Surfactante (n = 151)	Sim	21	13,9%
	Sepse precoce (n = 152)	Sim	26	17,1%
	Sepse ou meningite tardia (n=152)	Sim	14	9,2%
Dados da Família	Estado civil (n = 157)	Sem companheiro	55	35,0%
		Com companheiro	102	65,0%
		Nuclear	95	60,1%
	Tipo de família (n = 158)	Extendida	51	32,3%
		Monoparental	12	7,6%
	Critério de Classificação econômica (n = 159)	A/B1/B2	37	23,3%
		C1/C2	101	63,5%
		D/E	21	13,2%
	Bolsa família (n = 159)	Não	137	86,2%

Nota: N = tamanho da amostra, VM = ventilação mecânica, A/B1/B2/C1/C2/D/E = meio da soma de pontuações nos itens de potencial de consumo obtém-se a classificação da família em seis classes sociais, que variam de A (classe econômica mais alta) a D-E (classe econômica mais baixa).

A tabela 2 apresenta os resultados da escala Bayley III. A proporção de crianças com possível alteração no desenvolvimento variou de 8,2% a 23,2%, e esse percentual não apresentou tendência de aumento ou redução ao longo do tempo.

Tabela 2. Análise descritiva do desenvolvimento das crianças segundo a escala Bayley III.

Alteração no desenvolvimento	Bayley cognitivo		Bayley linguagem receptiva		Bayley linguagem expressiva		Bayley motor fino		Bayley motor grosso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2 meses	33	21,9%	12	8,2%	22	15,8%	31	20,5%	27	20,8%
4 meses	21	13,9%	27	18,5%	32	23,2%	19	12,6%	26	20,0%
6 meses	23	15,2%	29	19,9%	22	15,9%	31	20,5%	17	13,1%
9 meses	16	10,6%	17	11,6%	18	12,9%	20	13,2%	6	4,6%
12 meses	30	19,9%	22	15,1%	28	20,1%	29	19,2%	22	16,9%

Nota: N= tamanho da amostra

Ao avaliar a incidência de sintomas de DPP, observou-se que 35,6% das mães apresentaram sintomas compatíveis com a DPP em pelo menos um dos momentos avaliados (2 ou 9 meses) e 16,25% que apresentaram depressão aos 2 meses mantiveram o quadro aos 9 meses após o parto (Tabela 3).

Tabela 3. Incidência dos sintomas de DPP aos 2 e 9 meses após o parto.

Momento da avaliação	Sintomas de DPP	
	N	%
2 meses	41	25,6%
9 meses	42	26,3%
Pelo menos um dos tempos (2 e/ou 9 meses)	57	35,6%
Nos dois tempos (2 e 9 meses)	26	16,2%

Nota: N= tamanho da amostra, DPP= depressão pós-parto

A Figura 1 apresenta a análise da associação dos sintomas de DPP com o desenvolvimento das crianças nas subescalas das habilidades cognitiva, linguagem (receptiva e expressiva) e motor (fino e grosso) da Bayley III. Na subescala motora fina, aos 9 e 12 meses, a porcentagem das crianças que apresentaram alteração no desenvolvimento foi maior no grupo de mães com sintomas de DPP.

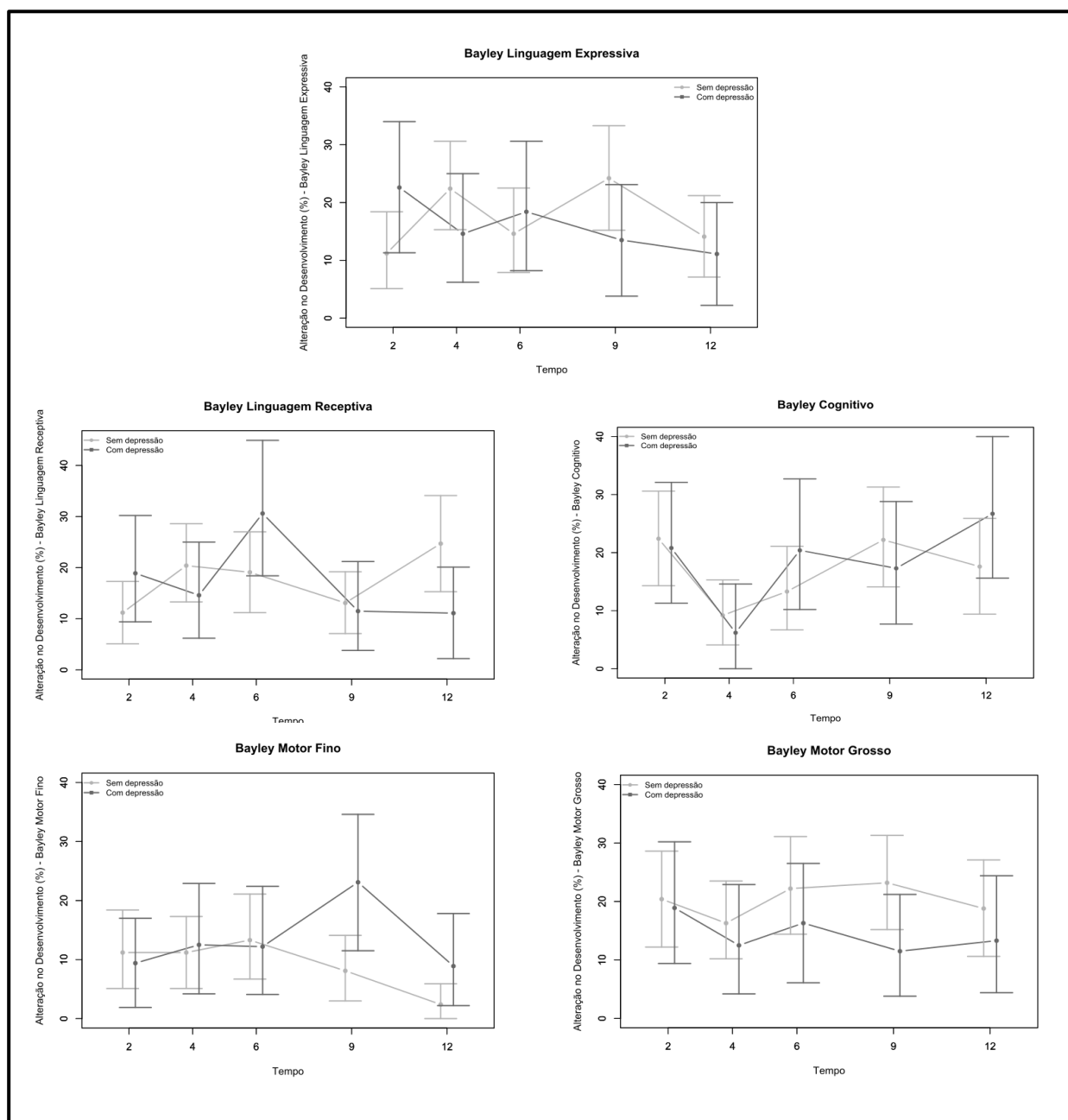


Figura 1: Comportamento da escala Bayley III nas subescalas: cognitivo, linguagem (expressiva e receptiva) e motor (fino e grosso) ao longo do tempo nos grupos 1 (com sintomas de DPP) e 2 (sem sintomas de DPP).

A tabela 4 apresenta a associação entre a presença de sintomas da DPP com a habilidade motora fina dos 2 aos 12 meses. É possível observar que houve associação com significância estatística dos sintomas da DPP com o desenvolvimento infantil aos 9 ($p < 0,020$) e aos 12 meses ($p < 0,009$). As crianças do grupo 1 apresentaram uma chance

2,25 vezes maior aos 9 meses e 3,46 vezes maior aos 12 meses de alteração no desenvolvimento da habilidade motora fina do que as crianças do grupo 2.

Tabela 4. Influência dos sintomas de DPP no desenvolvimento motor fino.

Idade da avaliação do desenvolvimento motor fino	O.R.	I.C-95%	Valor-p
2 meses	0,83	[0,39; 1,76]	0,631
4 meses	1,11	[0,59; 2,06]	0,753
6 meses	1,47	[0,82; 2,61]	0,192
9 meses	2,25	[1,14; 4,44]	0,020
12 meses	3,46	[1,36; 8,67]	0,009

Nota: N= tamanho da amostra, DPP: depressão pós-parto, O.R = *odds ratio*, I.C = intervalo de confiança

Não houve associação com significância estatística entre a presença de sintomas de DPP e o desempenho das crianças na escala Bayley III, em nenhum dos momentos avaliados em relação as subescalas de linguagem, cognitiva e motor grosso.

Discussão

Neste estudo avaliou-se a influência dos sintomas da DPP no desenvolvimento infantil aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses, em relação às habilidades cognitivas, de linguagem (receptiva e expressiva) e motora (fina e grossa). Foi possível observar que os sintomas de DPP apresentaram associação com a alteração do desenvolvimento em relação à habilidade motora fina aos 9 e 12 meses.

Para o desenvolvimento saudável do cérebro, é necessário que ocorra a interação da criança com o seu cuidador. A criança precisa dar e receber respostas, no entanto, quando a mãe apresenta sintomas de depressão, ela perde a capacidade de realizar

relações positivas e estimula menos seus filhos, o que reduz, potencialmente, a capacidade dos circuitos cerebrais envolvidos na aprendizagem e memória.¹⁸ Isto pode explicar os resultados encontrados neste estudo, no qual foi possível observar alteração de desenvolvimento motor fino no grupo de mães com sintomas de DPP.

A depressão materna pode afetar o desenvolvimento cerebral do feto antes mesmo do nascimento, e estas alterações podem estar associadas às condições clínicas pré-existentes.¹⁸ Alguns estudos de revisão, que avaliaram do período gestacional ao período pós-parto observaram que a depressão materna aumenta o risco para atrasos cognitivos e de linguagem em crianças de 0 a 3 anos⁹ de idade e na habilidade cognitiva em crianças de até 5 anos.¹⁹ No entanto, é importante ressaltar que estes resultados podem ter sofrido interferências dos diferentes períodos de depressão materna avaliados. Segundo Deave *et al.*,²⁰ a criança apresenta 50% mais chance de atraso no desenvolvimento infantil, quando detectado sintomas de depressão materna persistente no período pré-natal, o que não foi observado em relação aos sintomas de DPP.²⁰

Alguns autores não encontraram associação dos sintomas de DPP com o desenvolvimento infantil. Koutra *et al.*,²¹ evidenciaram que os sintomas depressivos maternos não afetaram o desenvolvimento das habilidades motoras finas e cognitivas em crianças com 18 meses de idade.²¹ Kaplan *et al.*,²² ao avaliarem a linguagem expressiva e receptiva de crianças aos 12 meses de idade também não encontraram nenhuma relação com a DPP,²² corroborando com os nossos achados. Assim como Piteo, Yelland e Makrides¹³ e Murray²³ não observaram associação dos sintomas de DPP com alteração no desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor aos 18 meses. Em contraponto, outros estudos, ao avaliarem os efeitos dos sintomas da DPP relativos ao desenvolvimento cognitivo e de linguagem, associaram os sintomas de DPP ao menor desenvolvimento cognitivo aos 4 meses¹² e de linguagem aos 12 meses.²⁴

Morais, Lucci e Otta,⁶ ao analisarem o desenvolvimento, aos 4, 8 e 12 meses de idade em crianças filhas de mães com sintomas de DPP, observaram menor desempenho aos 4 meses em itens relacionados a comunicação, aos 8 meses em itens motores (fino e grosso) e aos 12 meses em apenas um item da habilidade motora grossa. Estes autores observaram que aos 12 meses de vida, as crianças filhas de mães com sintomas de DPP, apresentaram melhor desempenho do que as crianças filhas de mães não deprimidas em alguns itens relacionados a linguagem expressivas e motora fina.⁶ O conhecimento de fatores internos e externos que possam ter interferido nestes resultados devem ser avaliados.

Em relação aos efeitos dos sintomas de DPP no desenvolvimento da criança a longo prazo, Kurstjen e Wolke²⁵ observaram alteração no desenvolvimento cognitivo aos 7 anos em crianças do sexo masculino filhos de mães com quadro de sintomas de DPP prolongado.²⁵ Ao avaliar jovens de 16 anos, Murray *et al.*,²⁶ encontraram menor desempenho acadêmico, assim como persistência de problemas cognitivos e dificuldade de interação em meninos filhos de mães com sintomas de DPP.²⁶

É importante ressaltar que a DPP poder estar associada à alterações da relação mãe-filho nos primeiros meses de vida, o que pode representar maior risco comportamental e social a longo prazo.²⁷ Além disso, foram também relatadas possíveis alterações eletroencefalográficas, prejuízos emocionais e padrões desajustados de comportamento associadas a DPP.²⁸

As crianças avaliadas neste estudo eram de baixo nível socioeconômico, no qual se encontra a maior incidência de sintomas de DPP,^{4,29} assim como riscos para alteração no desenvolvimento infantil.¹¹ Entretanto, não analisamos a relação de outros fatores de risco para o atraso no desenvolvimento infantil como desvantagem socioeconômica, prematuridade, histórico prévio de depressão materna e ambiente familiar,^{4,6,13,21,30} assim como a gravidade, cronicidade e a duração dos sintomas de DPP,^{18,31} o que pode representar uma limitação dos resultados.

Destacamos que a identificação das mães com sintomas de DPP e o direcionamento para o tratamento adequado no período pós-parto deve ser valorizada, a fim de reduzir a repercussão destes sintomas tanto para a mãe quanto para a criança. Uma vez que identificados os sintomas da DPP, o seguimento longitudinal das crianças é fundamental na avaliação do desempenho das mesmas, uma vez que avaliações pontuais podem não detectar possíveis comprometimentos do desenvolvimento infantil.

Conclusão

Neste estudo foi possível observar a associação entre os sintomas da DPP e o desenvolvimento infantil, uma vez que as crianças cujas mães tinham sintomas de DPP apresentaram maior chance de alterações no desenvolvimento motor fino aos 9 e 12 meses de idade.

Espera-se que esses achados contribuam para a adoção de novas práticas em relação a saúde materno infantil, estimulando o uso de estratégias de intervenção que

incluam ações de prevenção e tratamento para a redução do impacto dos sintomas da DPP no desenvolvimento infantil.

Agradecimentos

A toda a equipe do Projeto Cuidar e Crescer Juntos que contribuiu com a coleta dos dados e as mães e crianças que participaram deste estudo.

Referências

1. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, *et al.* Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;119:1-8.
2. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993; 163:27-31.
<https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.27>
3. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
4. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr*. 2007;29:274-80.
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>
5. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:79-84.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>
6. Moraes MLS, Lucci TK, Otta E. Postpartum depression and child development in first year of life. *Estud Psicol (Campinas)*. 2013;30:7-17.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100002>
7. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2006;40:65-70.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>

8. 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.
<https://doi.org/10.1590/S0100-879X1998000600012>
9. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2006;9:65-83.
<https://doi.org/10.1007/s10567-006-0004-2>
10. McManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior and Development.* 2012;35:489-98.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.04.005>
11. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Rev Chil Pediatr.* 2002;73:529-39.
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062002000500016>
12. Smith-Nielsen J, Tharner A, Krogh MT, & Vaever MS. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scand J Psychol.* 2016;57:571-83.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12321>
13. Piteo AM, Yelland LN, Makrides M. Does maternal depression predict developmental outcome in 18month old infants?. *Early Hum Dev.* 2012;88:651-5.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.01.013>
14. 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 Publica.* 2007;23:2577-88.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP; 2015 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://www.abep.org>.
16. Bayley N. Bayley scales of infant and toddler development. 3rd ed. San Antonio: Psychological Corporation; 2005.

17. Campello T, Neri MC, organizadores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea; 2013.
18. Shonkoff JP, Duncan GJ, Yoshikawa H, Guyer B, Magnuson K, Phillips D. Maternal depression can undermine the development of young children: working paper. Cambridge, MA: Centre on the Developing Child at Harvard University; 2009.
19. Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy DC, Surkan PJ, Black MM, *et al.* Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2017;47:680-9.
<https://doi.org/10.1017/S003329171600283X>
20. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG.* 2008;115:1043-51.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01752.x>
21. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:1335-45.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0636-0>
22. Kaplan PS, Danko CM, Everhart KD, Diaz A, Asherin RM, Vogeli JM, *et al.* Maternal depression and expressive communication in one-year-old infants. *Infant Behav Dev.* 2014;37:398-405.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.05.008>
23. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33:543-61.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>
24. Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, *et al.* The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev.* 2012;38:420-4.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x>
25. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42:623-36.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00758>

26. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51:1150-9.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x>
27. Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40:1259-71.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00542>
28. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19:215-26.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>
29. Ghosh A, Goswami S. Evaluation of post partum depression in a tertiary hospital. *J Obstet Gynecol India*. 2011;61:528.
<https://doi.org/10.1007/s13224-011-0077-9>
30. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low-and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101:57-79.
<https://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>
31. 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. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6:263-74.
<https://doi.org/10.1007/s00737-003-0024-6>

REFERÊNCIAS

Bayley, N. Bayley scales of infant and toddler development. 3rd. ed. San Antonio: Psychological Corporation, 2006.

Beck, C. T. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, New York, v. 50, n. 5, p. 275-285, Sep./Oct. 2001.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

Brummelte, S.; Galea, L. A. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, New York, v. 77, p. 153-166, Jan. 2016.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>

Cantilino, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>

Coelho, R. et al. Child development in primary care: a surveillance proposal. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 92, n. 5, p. 505-511, set./out. 2016.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.12.006>

Cox, J. L.; Holden, J. M.; Sagovsky, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 150, n. 6, p. 782-786, Jun. 1987.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Cox, J. L.; Murray, D.; Chapman, G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 163, n. 1, p. 27-31, 1993.
<https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.27>

Field, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*, Norwood, v. 33, n. 1, p. 1-10, Feb. 2010.

<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>

Figueira, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, supl. 1, p. 79-84, ago. 2009.

Fischer, V. J.; Morris, J.; Martines, J. Developmental screening tools: feasibility of use at primary healthcare level in low-and middle-income settings. *Journal of Health, Population, and Nutrition, Dhaka, Bangladesh*, v. 32, n. 2, p. 314-326, Jun. 2014.

GAYNES, B. N. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, Rockville, v. 119, p. 1-8, Feb. 2005.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The lancet, London*, v. 369, n. 9555, p. 60-70, Jan. 2007.

Halbreich, U.; Karkun, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, Amsterdam*, v. 91, n. 2/3, p. 97-111, Apr. 2006.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>

Korja, R. et al. Maternal depression is associated with mother–infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica, Stockholm*, v. 97, n. 6, p. 724-730, Jun. 2008.

<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00733.x>

Kurstjens, S.; Wolke, D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Oxford*, v. 42, n. 5, p. 623-636, Jul. 2001.

<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00758>

Liu, Y. et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological Medicine, London*, v. 47, n. 4, p. 680-689, Mar. 2017.

<https://doi.org/10.1017/S003329171600283X>

Lovejoy, M. C. et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, New York, v. 20, n. 5, p. 561-592, Aug. 2000.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)

Madaschi, V.; Paula, C. S. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.11, n.1, p. 52-56, 2011.

Moraes, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2006.

<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>

MORAIS, M. L. S; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 30, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2013.

Murray, L. et al. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 51, n. 10, p. 1150-1159, Oct. 2010.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x>

Murray, L. et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Oxford, v. 40, n. 8, p. 1259-1271, Nov. 1999.

<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00542>

Murray, L. The impact of postnatal depression on infant development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Oxford, v. 33, n. 3, p. 543-561, Mar. 1992.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x>

Murray, L.; Cartwright, W. The role of obstetric factors in postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Lincoln, England, v. 11, n. 4, p. 215-219, 1993.

<https://doi.org/10.1080/02646839308403221>

Murray, L.; Cooper, P. J. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, London, v. 77, n. 2, p. 99-101, Aug. 1997.

<https://doi.org/10.1136/adc.77.2.99>

Quevedo, L. A. et al. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child: Care, Health and Development*, Oxford, v. 38, n. 3, p. 420-424, May 2012.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x>

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Risk factors for impaired development in children attended at family health units at the end of the first year of life: socio-demographic aspects and maternal mental health. *Ciencia & Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-226, Jan. 2014.

Ruschi, G. E. C. et al. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, set./dez. 2007.

<https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, p. 2577-2588, Nov. 2007.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.

PsicoUSF, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

<https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>

Silva, V. A. et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Ribeirão Preto, v. 31, n. 6, p. 799-804, Jun. 1998.

<https://doi.org/10.1590/S0100-879X1998000600012>

Smith-Nielsen, J. et al. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scandinavian Journal of Psychology*, Oslo, v. 57, n. 6, p. 571-583, Dec. 2016.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12321>

Sohr-Preston, S. L.; Scaramella, L. V. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, New York, v. 9, n. 1, p. 65-78, Mar. 2006.

<https://doi.org/10.1007/s10567-006-0004-2>

Tronick, E.; Reck, C. Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, St. Louis, v. 17, n. 2, p. 147-156, 2009.

VLIEGEN, N.; CASALIN, S.; LUYTEN, P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, St. Louis, v. 22, n. 1, p. 1-22, Jan./Feb. 2014.

APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil

Pesquisadoras responsáveis: Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves e Dra. Livia de Castro Magalhães

Senhores pais ou responsáveis por mães adolescentes,

Estamos fazendo uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil e gostaríamos de convidá-los para participar deste estudo, juntamente com seu bebê. Este estudo faz parte de uma parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Hospital Sofia Feldman.

Com esta pesquisa pretendemos estudar sobre como as crianças se desenvolvem e o impacto do nascimento prematuro na vida do bebê e de suas famílias. Para isto, serão realizadas 5 consultas (aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses) para avaliação detalhada do desenvolvimento do seu filho(a). Estas consultas acontecerão no ambulatório do Hospital Sofia Feldman – Unidade Carlos Prates e no ambulatório ACRIAR do Hospital das Clínicas da UFMG. Os pais também serão entrevistados na Casa do Bebê e durante as consultas de rotina de seu bebê. A partir dos 6 meses algumas mães serão convidadas a realizar filmagens brincando com seu filho(a) por cerca de 8 minutos em uma das consultas de rotina do Bebê. Sua família também poderá ser sorteada para receber uma visita domiciliar de nossa equipe para fazermos uma entrevista com vocês. Você poderá escolher se quer ou não participar dessas atividades e, no caso da filmagem, você receberá uma cópia do vídeo, para guardar e ver em casa.

As filmagens, entrevistas e visitas domiciliares serão sempre feitas de acordo com sua conveniência, procurando tornar o momento agradável para você e sua criança. Em cada consulta serão feitas avaliações, com brincadeiras e atividades apropriadas para sua criança, demorando mais do que uma consulta de rotina. Caso haja algum sinal de desconforto ou cansaço seu ou do bebê, interromperemos a consulta e remarcaremos para outro dia.

Garantimos que nenhuma informação que identifique você ou sua família será divulgada em nenhum relatório ou publicação. Será mantido o sigilo e a integridade individual de cada participante e de sua família e serão respeitadas as recomendações de ética em pesquisas. A participação nesse estudo é voluntária e você poderá interromper os procedimentos a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você ou seu filho(a).

A participação do seu filho(a) lhe trará benefícios diretos, pois ele(a) fará avaliações de saúde completas e gratuitas, com equipe multidisciplinar e também lhe fornecerá informações importantes sobre o desenvolvimento infantil. Os resultados desta pesquisa poderão ainda contribuir para a melhor compreensão sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras e como ajudar as famílias a estimular o desenvolvimento dessas crianças.

Informamos que vocês tem a garantia de acesso aos dados, em qualquer etapa do estudo, e quaisquer dúvidas que tiverem serão esclarecidas. Para tanto, basta nos ligar nos telefones indicados abaixo.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e você e seu filho(a) poderão deixar de participar do estudo, sem prejuízo de qualquer atividade que possa estar ocorrendo ou vir a ocorrer.

É nosso compromisso usar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados deverão ser publicados como artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Autorização

Estou ciente das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *"Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil"*.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tirei todas as minhas dúvidas sobre o estudo e sobre participação como a responsável por meu filho(a). Minha participação é isenta de despesas e tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas em qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido anteriormente ao estudo.

Caso o(a) Sr.(a) concorde com os procedimentos acima descritos, favor assinar a autorização que segue abaixo, devolvendo a carta à pesquisadora. O(a) Sr(a) ficará com uma cópia idêntica a que está lendo. Agradecemos, sinceramente, sua colaboração e a de sua criança.

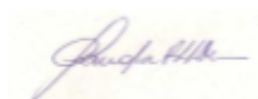
Atenciosamente,

Nome do pesquisador:

Nome da criança:

Nome da Mãe: _____ Data: ____/____/____

Assinatura da mãe: _____



Prof. Claudia Regina Lindgren Alves
(031) 3409-9772



Prof. Livia de Castro Magalhães
(031) 3409-4790

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, situado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005- Campus Pampulha, Belo Horizonte - MG, fone: (031) 3409-4592.

APENDICE B - Questionário estruturado da pesquisa

PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS

Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital Sofia Feldman

Nº grupo _____

Nº protocolo _____

QUESTIONÁRIO MARCO ZERO

Entrevistador: _____ Data _____ da
entrevista: _____

I - Identificação

• Nome _____ da
criança: _____

Data de Nascimento: _____ IG: _____ semanas

• Nome _____ da
mãe: _____

Endereço

mãe: _____

Bairro:

_____ Cidade: _____ Telefone: (____) _____

• Nome _____ do
pai: _____

Endereço

pai: _____

Bairro:

_____ Cidade: _____ Telefone: (____) _____

• Nome _____ de _____ outro _____ parente
próximo: _____

Endereço: _____

Bairro:

_____Cidade:_____Telefone:(____)_____

- Nome _____ de _____ algum
vizinho/amigo: _____

Endereço: _____

Bairro:

_____Cidade:_____Telefone:(____)_____

- Centro _____ de _____ Saúde _____ de
Referência: _____

Bairro: _____Cidade: _____

Telefone:(____) _____

- Tem acesso a internet? () Não () Sim (neste caso anote as informações a seguir)

Email: _____

Facebook: _____whatsapp? _____

II – Características sociodemográficas da família

1. Idade Mãe (em anos): ()NS	Idadma e
2. Idade Pai (em anos): ()NS	Idadpai
3. Até que série a mãe frequentou a escola com aprovação? _____ano/ série do ensino _____ ()NS	Escmae
4. Até que série o pai frequentou a escola com aprovação? _____ano/série do ensino _____ ()NS	Escpai
5. Ocupação da Mãe: _____ (1) do lar (2) licença maternidade/saúde (3) desempregada (4) aposentada	Ocupm ae
6. Ocupação do Pai: _____ (1) do lar (2) licença saúde (3)desempregado (4) aposentado (5) sistema prisional ()NS	Ocuppa i
7. Estado Civil da Mãe: (1) Casada (2) União Estável (3) Separada/Divorciada (4) Viúva (5) Solteira	Estadci vil
8. Quantos filhos você tem? _____ filhos vivos	Nfilhos
9. Você recebe bolsa família? (1) sim (2) não ()NS	Bolsa
10. Qual o valor da Bolsa Família que você recebe? R\$_____ ()NS ()NA	Valbols a
11. Qual é a renda familiar mensal, incluindo a bolsa família e outros benefícios? R\$ _____ ()NS	Renda
12. Quantas pessoas vivem com essa renda? _____ pessoas	Npesso as
13. Quem são estas pessoas? (listar pelo grau de parentesco com a mãe) _____ _____	parente s

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
14. Qual é a situação da casa em que vive? (1) Própria (já paga) (2) Própria (pagando) (3) Aluguel (4) Cedido pelo empregador (5) Cedido de outra forma (6) Outra: _____	Moradia
15. Quantos cômodos tem na casa? _____	Comodos

III – Classificação Socioeconômica ABEP/Critério Brasil (www.abep.org)

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

A água utilizada em sua casa é proveniente de...?	agua
Rede geral de distribuição (COPASA)	4
Poço ou nascente*	0
Considerando o trecho da rua onde fica a sua casa, você diria que a rua é....?	rua
Asfaltada/Pavimentada	2
Terra/Cascalho	0

* Água Encanada até dentro da casa? Se **Sim** = 4

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua casa para classificação econômica de sua família. Estas são perguntas usadas em várias pesquisas, como o IBOPE e o Censo. Vamos perguntar sobre vários itens e serviços de uso doméstico, mas nem todas as famílias possuem estes itens e serviços. Todos os eletroeletrônicos devem estar funcionando.

ITENS DE CONFORTO		QUANTIDADE QUE POSSUI				conforto
NA SUA RESIDÊNCIA TEM....?	NÃO POSSUI	1	2	3	4+	
Banheiros	0	3	6	8	11	
Geladeiras	0	2	3	5	5	
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	
Fornos de micro-ondas	0	2	4	4	4	
Lavadora de louças	0	1	3	4	6	
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	3	5	8	11	
Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	2	2	2	2	
DVD (se a resposta for sim, pergunte:	0	3	6	6	6	

incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel)						
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebook e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	0	2	4	6	6	
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	3	3	3	
Automóveis de passeio, exclusivamente para o uso particular	0	3	7	10	14	
Empregadas mensalistas, considerando apenas as que trabalham pelo menos cinco dias por semana	0	3	7	10	13	
Somar todas as colunas assinaladas						

Nesta pesquisa, consideramos que o chefe da família é a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio. **ATENÇÃO – ESTA PERGUNTA NÃO PODE FICAR SEM RESPOSTA!!!!**

Quem é o Chefe da sua Família (nome/parentesco):

Até que série o chefe da família frequentou a escola com aprovação? _____
série/ano do ensino _____

<u>Nomenclatura Atual</u>	<u>Nomenclatura Anterior</u>	<u>Pontuação</u>
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	Analfabeto / Primário Incompleto	0
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	Primário completo / Ginásio incompleto	1
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto	4
Superior completo	Superior completo	7
Escochefe		

Pontuação = água + rua + conforto + escochefe: _____

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	0 - 16

Classe Critério Brasil: _____ (CCB)

ANEXO A – Parecer de aprovação do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil

Pesquisador: CLAUDIA REGINA LINDGREN ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29437514.1.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 640.899

Data da Relatoria: 16/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo prospectivo, longitudinal, do tipo caso-controle, com uma casuística de 520 recém-nascidos admitidos na Casa do Bebê do Hospital Sofia Feldman (a qual é co-participante), que permanecerem por pelo menos três dias na Casa do Bebê. Será feita a comparação dos resultados da avaliação do "desenvolvimento infantil, do vínculo dos pais com o bebê e do nível de estresse parental de duas amostras de famílias", sendo 370 submetidas ao atendimento de rotina (grupo controle) e 150 à intervenção de novas abordagens, oficinas (grupo caso). As crianças e suas famílias serão acompanhadas durante 24 meses. "Serão organizados formulários eletrônicos para coleta de dados e controle de qualidade das informações por meio da plataforma eletrônica MedQuest, tecnologia gratuita disponível para projetos de pesquisa regularmente aprovados. Trata-se de uma parceria da UFMG com a Universidade de Porto (Portugal), coordenada pelo Centro de Informática em Saúde (CINS) da UFMG". Há descrição dos métodos, critérios de inclusão e exclusão, descrição da análise estatística, cronograma adequado e custo de R\$ 218.200,00 (está sendo solicitado financiamento pelas agências de fomento).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: "Avaliar o impacto de uma nova abordagem para orientação de famílias de bebês prematuros, baseada no método de Observação do Comportamento do Recém-Nascido

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 640.899

(Newborn Behavior Observation - NBO) e na construção de um portfólio familiar individualizado, cujo foco será aumentar o conhecimento dos pais o desenvolvimento infantil, reduzir o estresse parental e melhorar o vínculo bebê-família; Realizar a adaptação transcultural e investigar a validade concorrente do SWYC (Survey of Wellbeing of Young Children) como ferramenta para triagem de atraso no desenvolvimento para crianças brasileiras, tendo as escalas Ages and Stages Questionnaire (ASQ-Brasil) e Bayley III como referência".

Objetivos Secundários: "Implantar o método Newborn Behavior Observation (NBO) na rotina de cuidados da Casa do Bebê do Hospital Sofia Feldman, como uma proposta de fortalecimento do vínculo da família com a criança e com a equipe de saúde; Desenvolver um modelo de portfólio individualizado com espaço para o registro da percepção dos familiares sobre o bebê, suas angústias e expectativas, assim como para orientações sobre o cuidado e os estímulos adequados em cada etapa da vida do bebê, para ser utilizado no acompanhamento do desenvolvimento infantil; Comparar os resultados da avaliação do desenvolvimento infantil utilizando o instrumento proposto pelo Ministério de Saúde brasileiro para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) com aqueles obtidos com outras escalas como Bayley III, SWYC, Denver II e ASQ-Brasil; Avaliar o estresse parental, o suporte social e familiar relacionados ao nascimento prematuro por meio de abordagens qualitativas, questionários estruturados e instrumentos validados, além do impacto das novas intervenções nestes aspectos da vida familiar".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras, quanto aos riscos "Não haverá ônus superior a família, pois o número de consultas do acompanhamento são os recomendados de rotina na puericultura. Os incômodos serão inerentes ao deslocamento da criança e responsável para o local de atendimento, além dos incômodos inerentes à exposição de uma criança à avaliação. Em relação às famílias procedentes do interior de Minas Gerais, o transporte para tratamento fora do domicílio é uma obrigação das secretarias municipais de saúde e já acontece regularmente".

E quanto aos benefícios, a pesquisa poderá "implementar programas de intervenção precoce centrada na família em âmbito nacional".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo a literatura, há evidências de que o "estresse parental, a ansiedade e a depressão materna podem interferir negativamente no desenvolvimento infantil, especialmente numa população de maior vulnerabilidade como os prematuros." Por meio das novas abordagens propostas no presente estudo, poderá haver maior vínculo família-criança, com impacto positivo no

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**

Continuação do Parecer: 640.899

desenvolvimento das crianças.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados o projeto de pesquisa também em word, TCLE, carta da Dra. Ellen do Tufts Medical Center que prestará consultoria (em inglês e português), carta de anuência do Hospital Sofia Feldman, parecer consubstanciado do Departamento de Pediatria e folha de rosto devidamente preenchida e assinada. O TCLE para pais ou responsáveis está em forma de convite, com objetivo, métodos (entrevista, gravação, visita domiciliar), benefício e direitos. Afirma-se que "Esse estudo não oferece riscos" e não há local para assinatura do pesquisador (há local para o nome do pesquisador e há local para assinatura dos pais ou responsáveis).

Recomendações:

As solicitações foram devidamente atendidas:

- 1)O TCLE apresenta os riscos de desconforto/constrangimento decorrentes das entrevistas, gravação, visita domiciliar. Previsto o local para assinatura do pesquisador.
- 2)Informa quem é o responsável pela guarda das gravações.
- 3)Informa qual destino será dado às gravações após o término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil" da pesquisadora CLAUDIA REGINA LINDGREN ALVES

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005**Bairro:** Unidade Administrativa II**CEP:** 31.270-901**UF:** MG**Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3409-4592**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 640.899

BELO HORIZONTE, 08 de Maio de 2014

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias:

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

TOTAL: