



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

IZABEL ESTER INÁCIO FERRAZ

MORBIDADE MENTAL MATERNA E DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

FORTALEZA

2018

IZABEL ESTER INÁCIO FERRAZ

MORBIDADE MENTAL MATERNA E DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Saúde da Criança.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

FORTALEZA

2018

IZABEL ESTER INÁCIO FERRAZ

MORBIDADE MENTAL MATERNA E DESENVOLVIMENTO DE SÍNDROMES
PSIQUIÁTRICAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Saúde da Criança.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Mônica Colares de Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F433m Ferraz, Izabel Ester Inácio.
Morbidade mental materna e desenvolvimento de síndromes psiquiátricas na primeira infância / Izabel Ester Inácio Ferraz. – 2019.
80 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Alvaro Jorge Madeiro Leite.
Coorientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.
1. Psiquiatria infantil. 2. Transtornos mentais. 3. Depressão. 4. Relações mãe-filho. I. Título.
- CDD 610
-

A Deus.

Aos meus pais, Lucimar e Valdemar.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, pelo exemplo de professor e médico que é para mim e pela excelente orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. João Amaral e Prof.^a Dr.^a Mônica Colares pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Às mães entrevistadas, pela disponibilidade e tempo concedidos nas entrevistas.

Aos meus pais, que são meu suporte e estrutura de apoio maior em qualquer circunstância.

Aos colegas da turma de mestrado, em especial às amigas Thaís, Lívia e Denise, pelo companheirismo ao longo dessa jornada de dois anos. À Iranilde, a personificação do ansiolítico para nós, alunos deste programa de Mestrado.

Aos amigos que compreenderam meus momentos de ausência em alguns eventos sociais ou a necessidade de desabafo, e integram lindamente minha rede de apoio.

“Onde há vontade, há um caminho” (Autor desconhecido).

RESUMO

Introdução: A depressão materna traduz-se por tristeza prolongada e sentimento de desesperança e está associada a práticas parentais menos engajadas e estimuladoras, e a problemas sociais e cognitivos nas crianças pequenas desde os primeiros meses de vida e ao longo dos anos pré-escolares. **Objetivos:** 1. Identificar a prevalência de síndromes psiquiátricas na primeira infância em uma amostra de crianças de uma organização não governamental; 2. Verificar a associação entre morbidade mental materna e problemas de saúde mental na primeira infância. **Métodos:** A pesquisa foi realizada com uma amostra representativa de mães cujos filhos são acompanhados no Instituto da Primeira Infância (IPREDE) e tinham idade entre um ano e seis meses e cinco anos. Foram avaliados dois grupos: filhos de mães com sintomas depressivos e filhos de mães sem sintomas depressivos. Estagiários aplicaram, para as mães, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulário sociodemográfico, a escala *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), utilizada para avaliar a presença de sinais de humor e pensamentos depressivos nas mães entrevistadas, e o Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½-5 anos, versão para pais (CBCL – *Child Behavior Checklist*), para avaliar a presença de sinais de morbidade psiquiátrica em seus filhos. **Principais resultados:** Das 257 mães entrevistadas, 95 (37%) tiveram SRQ positivo (escore global). Entre essas, 53 (55,8%) têm filhos com CBCL clínico e 42 (44,2%) têm filhos com CBCL normal na classificação geral ($p < 0,001$). Das 257 mães entrevistadas, 162 (63%) tiveram SRQ negativo. Entre essas, 47 (29%) têm filhos com CBCL clínico e 115 (71%) têm filhos com CBCL normal na classificação geral ($p < 0,001$). Portanto, mães com SRQ positivo têm 3,08 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação geral em comparação a mães com SRQ negativo (RP = 3,08 / IC 95% = 1,82 a 5,23). **Conclusão:** Sintomas depressivos maternos impactam negativamente na saúde mental de crianças na primeira infância.

Palavras-chave: Psiquiatria infantil; Transtornos mentais; Depressão; Relações mãe-filho.

ABSTRACT

Introduction: Maternal depression translates into prolonged sadness and a sense of hopelessness, and is associated with less engaged and stimulating parental practices and social and cognitive problems in young children from the first months of life and throughout the preschool years. **Objectives:** 1. To identify the prevalence of psychiatric syndromes in early infancy in a sample of children from a non-governmental organization; 2. To verify the association between maternal mental morbidity and mental health problems in early childhood. **Methods:** The study was carried out with a representative sample of mothers whose children are followed at the Institute of Early Childhood (IPREDE) and were aged between one year and six months and five years. Two groups were evaluated: children of mothers with depressive symptoms and children of mothers without depressive symptoms. Trainees applied, for the mothers, the Term of Free and Informed Consent, sociodemographic form, the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), used to assess the presence of mood swings and depressive thoughts in the interviewed mothers, and the Child Behavior Checklist for ages 1½-5, to assess the presence of signs of psychiatric morbidity in their children. **Main results:** Of the 257 mothers interviewed, 95 (37%) had SRQ positive (overall score). Of these, 53 (55.8%) had children with clinical CBCL and 42 (44.2%) had children with normal CBCL in the general classification ($p < 0.001$). Of the 257 mothers interviewed, 162 (63%) had negative SRQ. Of these, 47 (29%) had children with clinical CBCL and 115 (71%) had children with normal CBCL in the general classification ($p < 0.001$). Therefore, mothers with positive SRQ are 3.08 times more likely to have children with clinical CBCL for the overall rating compared to mothers with negative SRQ ($PR = 3.08 / 95\% \text{ CI} = 1.82 \text{ to } 5.23$). **Conclusion:** Maternal depressive symptoms have a negative impact on the mental health of infants.

Keywords: Child psychiatry; Mental disorders; Depression; Mother-child relations.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Estrutura fatorial do SRQ-20.....	30
Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas relacionadas à criança.....	333
Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas maternas.....	344
Tabela 3 – Variáveis relacionadas à família.....	34
Tabela 4 – Variáveis gestacionais	35
Tabela 5 – Morbidade psiquiátrica materna (escore global do SRQ) e escores do CBCL.....	38
Tabela 6 – Humor depressivo materno e escores do CBCL.....	41
Tabela 7 – Pensamentos depressivos maternos e escores do CBCL.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Experiências adversas na infância e o desenvolvimento cerebral.....	13
3.2 O papel da mãe no desenvolvimento infantil	18
3.3 A patologia depressiva da mãe	20
3.4 A criança afetada pela depressão materna.....	23
4 MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1 Tipo de pesquisa	26
4.2 Local da pesquisa.....	26
4.3 Período e coleta dos dados	26
4.4 Amostragem	27
4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão	27
4.6 Instrumentos de coleta dos dados	28
4.7 Análise estatística dos dados.....	31
4.8 Aspectos éticos	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Análise descritiva.....	33
5.2 Análise inferencial	36
6 DISCUSSÃO	44
7 LIMITAÇÕES	51
8 CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	56
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	57
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXO C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E FAMILIAR	59
ANEXO D – ESCALA <i>SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE</i> (SRQ-20)	60

ANEXO E – INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1½- 5 ANOS, VERSÃO PARA PAIS (CBCL - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST).....	61
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

As mães deprimidas provêm menos estímulos positivos, respondem menos a estímulos dos filhos e oferecem menos afeto aos filhos do que mães não deprimidas. Por sua vez, seus filhos também respondem menos a estímulos e são menos atentos e ativos do que filhos de mães não deprimidas. Dessa forma, o cuidado materno pode ser prejudicado pela depressão materna, aumentando a probabilidade de a criança desenvolver problemas de saúde mental, principalmente quando a doença da mãe coincide com os primeiros anos de vida da criança (SÁ *et al.*, 2010).

As crianças pequenas são dependentes de suas mães para estimulação cognitiva e interação social e, portanto, têm maior probabilidade de tornarem-se vulneráveis aos impactos da depressão materna do que crianças em idade escolar ou adolescentes.

Nossa pesquisa, portanto, propôs-se a identificar a prevalência de síndromes psiquiátricas na primeira infância em uma amostra de crianças do Instituto da Primeira Infância em Fortaleza, Ceará, avaliando dois grupos: filhos de mães com sintomas depressivos e filhos de mães sem sintomas depressivos.

Uma vez que nem todas as crianças cujas mães têm sintomas depressivos apresentam problemas posteriores, as pesquisas devem examinar também fatores de risco e de proteção associados a diferentes padrões de desenvolvimento e ajustamento da criança pequena. Por exemplo, crianças cujas mães têm histórico familiar de depressão estão em risco particularmente alto de apresentar dificuldades de ajustamento? O momento em que os sintomas depressivos surgiram, antes da gravidez, durante a gestação ou no período pós-parto, faz diferença nos primeiros anos de vida da criança? Em famílias biparentais, um pai envolvido pode proteger a criança pequena dos possíveis efeitos negativos da depressão materna? Ou seja, queremos, com a pesquisa, estudar se, na presença de morbidade mental materna, as características da depressão e do contexto familiar permitem a identificação de algumas crianças que correm maior risco de apresentar dificuldades de ajustamento do que outras.

Ressaltamos a importância desse tipo de estudo, a fim de realizar intervenções iniciais para mulheres com sintomas depressivos e suas crianças pequenas e tentar preveni-las quanto ao surgimento de problemas de saúde mental durante seu desenvolvimento.

O desenvolvimento da investigação baseia-se na suposição de que crianças cujas mães têm sintomas depressivos apresentam maior prevalência de síndromes psiquiátricas na primeira infância do que filhos de mães sem sintomas depressivos. Além disso, supõe-se que

existam características da morbidade materna e do contexto familiar que estão associadas à maior probabilidade de desenvolver esses problemas de saúde mental na primeira infância.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a presença de sintomas depressivos maternos e a ocorrência de problemas de saúde mental na criança durante a primeira infância.

2.2 Objetivos específicos

1. Determinar a prevalência de sintomas depressivos nas mães atendidas no Instituto da Primeira Infância (IPREDE);
2. Determinar a prevalência de síndromes psiquiátricas em crianças atendidas no Instituto da Primeira Infância (IPREDE) cujas mães apresentam sintomas depressivos;
3. Estimar a associação entre morbidade mental materna (sintomas depressivos) e a ocorrência de síndromes psiquiátricas na primeira infância, a partir de modelos bivariados e multivariados (controlados por fatores de confundimento).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Experiências adversas na infância e o desenvolvimento cerebral

Entre as principais características do desenvolvimento emocional, estão a capacidade de identificar e compreender os próprios sentimentos, a compreensão dos estados emocionais das outras pessoas, a gestão de emoções fortes e sua expressão de forma construtiva, a regulação do próprio comportamento, o desenvolvimento de empatia pelos outros e a capacidade de construir e sustentar relacionamentos. O desenvolvimento emocional é incorporado na arquitetura dos cérebros das crianças em resposta às suas experiências pessoais e às influências dos ambientes em que vivem. À medida que as crianças pequenas se desenvolvem, suas experiências emocionais iniciais literalmente se encaixam na arquitetura de seus cérebros (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

Atualmente, sabemos que as experiências emocionais de recém-nascidos e crianças pequenas ocorrem, principalmente, durante os períodos de interação com um cuidador, como durante sua alimentação e em momentos de conforto. Os bebês exibem angústia e choram quando estão com fome, frio, molhados ou em outras situações desconfortáveis e experimentam emoções positivas quando são alimentados, acalmados e mantidos. As associações entre emoções positivas e a disponibilidade de cuidados sensíveis e responsivos são fortalecidas durante a infância tanto no comportamento como na arquitetura do cérebro em desenvolvimento (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

As crianças (e seus cérebros) amadurecem e adquirem uma melhor compreensão de uma variedade de emoções. Também se tornam mais capazes de gerenciar seus sentimentos, que é uma das tarefas mais desafiadoras da primeira infância. No final dos anos pré-escolares, as crianças devem ter a capacidade de falar sobre e usar a consciência de seus próprios sentimentos para gerenciar melhor as interações sociais diárias. Passam a sentir orgulho, vergonha, culpa e constrangimento – tudo o que influencia como os indivíduos funcionam como membros contribuintes de uma sociedade. Ao longo dos anos, as crianças desenvolvem capacidades crescentes para usar a linguagem para comunicar como se sentem, bem como para inibir a expressão de emoções que são inadequadas para uma configuração específica (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

Avanços científicos recentes mostraram como o desenvolvimento inter-relacionado de emoção e cognição depende do surgimento, maturação e interconexão de circuitos neurais complexos em múltiplas áreas do cérebro, incluindo o córtex pré-frontal, o córtex límbico, o prosencéfalo basal, a amígdala, o hipotálamo e o tronco cerebral. Os circuitos que estão envolvidos na regulação da emoção são altamente interativos com aqueles que estão associados a “funções executivas” (como planejamento, julgamento e tomada de decisão), que estão intimamente envolvidos no desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas durante os anos pré-escolares. As emoções apoiam as funções executivas quando estão bem regulamentadas, mas interferem com a atenção e a tomada de decisão quando são mal controladas (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

Crianças pequenas são capazes de sentimentos surpreendentemente profundos e intensos de tristeza (incluindo depressão), sofrimento, ansiedade e raiva (o que pode resultar em comportamento agressivo), além de alegria e felicidade, pelas quais são mais conhecidas (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

A saúde emocional das crianças pequenas – ou a ausência dela – está intimamente ligada às características sociais e emocionais dos ambientes em que vivem, que incluem não só seus pais, mas também o contexto mais amplo de suas famílias e comunidades. Crianças pequenas que crescem em casas com parentes com problemas de saúde mental, abuso de substâncias ou violência familiar enfrentam ameaças significativas para seu próprio desenvolvimento emocional. A experiência de maus-tratos crônicos e/ou extremos produz mudanças mensuráveis no cérebro imaturo (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

Não há provas científicas credíveis de que crianças pequenas que tenham sido expostas a violência invariavelmente se tornarão adultos violentos. Embora essas crianças estejam claramente em maior risco de impactos adversos sobre o desenvolvimento do cérebro e problemas posteriores, elas não estão condenadas a desfechos pobres e podem ser ajudadas se forem submetidas a tratamento precoce e apropriado, combinado com relacionamentos confiáveis e nutritivos (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

As experiências adversas na infância incluem o abuso físico, sexual ou emocional, a negligência física e emocional, mãe tratada violentamente, doença mental ou abuso de substâncias por um membro da família, separação parental ou divórcio, membro da família encarcerado, entre outras. Essas situações podem ocorrer em todas as classes sociais, mas,

claramente, há uma maior prevalência nas classes mais pobres (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017).

Tais experiências adversas podem interromper o desenvolvimento da arquitetura do cérebro e outros sistemas de órgãos e aumentar o risco de doenças relacionadas ao estresse e deficiência cognitiva, e seus efeitos podem ser particularmente graves quando o trauma envolve o sistema de cuidados primários da criança. O cérebro não está estruturalmente completo no nascimento, e seu desenvolvimento será orientado por sugestões ambientais por meio de estimulação efetiva que requer interação com outras pessoas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017).

Eventos estressantes podem ser prejudiciais, toleráveis ou benéficos, dependendo da resposta de um corpo ao estresse, do que provocam nesse corpo e da sua duração. Os efeitos são determinados mais pela resposta do indivíduo ao estresse, baseada em parte em experiências passadas e na disponibilidade de um apoio adulto, do que pela natureza do próprio estressor (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

Está bem estabelecido que o estresse da vida pode prejudicar a saúde em indivíduos vulneráveis. Essa vulnerabilidade relacionada ao estresse é determinada por fatores genéticos, bio-comportamentais e ambientais que interagem ao longo da vida para influenciar as trajetórias de risco individuais (MCEWEN; GIANAROS, 2010).

É inevitável que toda criança seja exposta a situações estressoras durante o seu desenvolvimento, como hospitalizações, doenças, acidentes, mudança de casa, nascimento de um irmão. Porém, o evento estressor deve ser proporcional à habilidade da criança de lidar com ele, à maturidade da mesma e ao estágio de desenvolvimento em que se encontra, para que aquele não lhe traga graves consequências (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Os processos de estresse que afetam a saúde podem ser rotulados como “bom”, “tolerável” e “tóxico”, dependendo do grau em que um indivíduo tem controle sobre um determinado estressor e possui sistemas e recursos de suporte para lidar com ele. Superar algumas experiências estressantes pode levar ao crescimento, à adaptação e a formas benéficas de aprendizagem que promovam a resiliência futura. Outras experiências estressantes, no entanto, podem levar a uma proliferação de mudanças comportamentais, cognitivas, fisiológicas e neurais interativas que promovem injúrias à saúde (MCEWEN; GIANAROS, 2010).

O estresse tóxico refere-se a fortes, frequentes ou prolongadas ativações do controle do estresse do corpo. Eventos estressantes crônicos, sem que a criança tenha acesso ao apoio e cuidado de adultos, tendem a provocar esses tipos de resposta ao estresse. Tais respostas ao estresse podem ter um impacto negativo na arquitetura do cérebro (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

O estresse tolerável refere-se a respostas ao estresse toleráveis e pode afetar a arquitetura cerebral, mas, geralmente, ocorre por períodos breves que permitem ao cérebro recuperar-se e reverter efeitos potencialmente prejudiciais. Além de sua brevidade relativa, o que torna os eventos estressantes mais toleráveis do que tóxicos é a presença do apoio de adultos que criam ambientes seguros, ajudando a criança a lidar e recuperar-se das experiências adversas, como a morte ou doença grave de um ente querido, um acidente assustador ou separação parental (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

O estresse positivo refere-se a respostas ao estresse de moderada a curta duração, com breves aumentos de frequência cardíaca ou leves alterações nos níveis hormonais. Esse tipo de estresse é normal, faz parte da vida, e aprender a adaptar-se a ele é essencial para o desenvolvimento saudável. Todos podem ser estressores positivos se a criança tem o apoio necessário (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

A capacidade de lidar com o estresse é controlada por um conjunto de circuitos cerebrais altamente inter-relacionados e sistemas hormonais especificamente projetados para lidar de forma adaptativa com os desafios ambientais. Quando um indivíduo se sente ameaçado, são produzidos hormônios que convertem o estresse emocional ou físico em sinais químicos que são enviados por todo o corpo, incluindo o cérebro (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

Os circuitos neurais para lidar com o estresse são particularmente maleáveis (ou “plásticos”) durante o período fetal e a primeira infância. A ativação frequente ou sustentada de sistemas cerebrais que respondem ao estresse pode levar a um aumento da vulnerabilidade a uma série de comportamentos e transtornos fisiológicos ao longo da vida. As consequências para o desenvolvimento podem durar após o tempo de exposição ao estresse (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

O cérebro é o órgão-chave dos processos de reatividade, enfrentamento e recuperação do estresse. Circuitos neurais determinam o que é ameaçador e, portanto, estressante para o indivíduo. Os sistemas cerebrais desses circuitos incluem o hipocampo, a amígdala e as áreas do córtex pré-frontal, e juntos esses sistemas regulam os processos de

estresse fisiológico e comportamental, que podem ser adaptativos em curto prazo e inadaptados em longo prazo. Esses mecanismos são protetores na medida em que promovem a adaptação de curto prazo (alostase) e podem levar a uma desregulação de longo prazo da alostase, na medida em que promovem o desgaste do corpo e do cérebro em condições cronicamente estressantes (carga alostática), comprometendo a resiliência ao estresse e a saúde (MCEWEN; GIANAROS, 2010).

O hipocampo, um sistema cerebral específico que suporta memória e humor, foi a primeira área além do hipotálamo a ser reconhecida especificamente como alvo de hormônios do estresse. É importante notar que experiências estressantes e mudanças associadas na liberação de hormônios do estresse produzem efeitos adaptativos e inadaptados sobre o hipocampo, o hipotálamo e outras regiões cerebrais ao longo da vida. Por exemplo, a amígdala (importante para detectar e responder a ameaças no meio ambiente) e áreas do córtex pré-frontal (importante para a tomada de decisão, a regulação das emoções, impulsividade e autonomia e função neuroendócrina) também são alvo de processos de estresse (MCEWEN; GIANAROS, 2010).

O sistema de resposta ao estresse envolve o sistema nervoso simpático, os vários sistemas de neurotransmissores, o sistema imunológico e o eixo hipotalâmico-hipofisário adrenocortical (HPA) (GUNNAR; HERRERA; HOSTINAR, 2009).

A produção de adrenalina e cortisol ocorre em resposta a muitas formas de estresse agudo e ajuda o corpo a lidar efetivamente com situações adversas. Estudos com animais e humanos mostram que, em longo prazo, a elevação nos níveis de cortisol pode alterar a função de uma série de sistemas neurais e até mesmo mudar a arquitetura das regiões no cérebro que são essenciais para a aprendizagem e a memória (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

Muito do que se sabe sobre efeitos do estresse na arquitetura em desenvolvimento do cérebro vem da pesquisa com roedores, primatas não humanos e outras espécies animais. Esses estudos indicam que níveis altos e sustentados de cortisol ou hormônio de liberação de corticotropina (CRH), que regula o sistema hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), resultam em danos ao hipocampo. Isso pode levar a deficiências na aprendizagem, na memória e na capacidade de regular certas respostas ao estresse em animais jovens e adultos (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

As experiências adversas na infância, no entanto, não determinam o futuro da criança. As crianças sobrevivem e até prosperam apesar do trauma em suas vidas. Eventos

adversos e fatores de proteção experimentados juntos têm o potencial de promover a resiliência (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017).

Os efeitos do estresse no cérebro não constituem necessariamente um dano permanente e podem ser recuperados, com estratégias preventivas e intervenções que incluem agentes farmacêuticos e fatores de estilo de vida (por exemplo, exercício, mudanças na dieta e suporte social) (MCEWEN; GIANAROS, 2010).

O acesso da criança a cuidados por um adulto favorito, atencioso e sensível desempenha um papel proeminente na proteção da atividade do sistema HPA e na proteção do cérebro em desenvolvimento de efeitos potencialmente nocivos dos estressores. Crianças seguras em suas relações pai-filho aprendem que, quando confrontadas com um estressor, podem comunicar suas emoções negativas e efetivamente pedir ajuda de cuidadores. É provável que essa sensação de segurança evite a ativação do eixo HPA e de outros sistemas críticos de medição do estresse (GUNNAR; HERRERA; HOSTINAR, 2009).

3.2 O papel da mãe no desenvolvimento infantil

O papel das relações mãe-filho é fundamental para o desenvolvimento do bebê. Há uma série de influências formativas no ambiente (ou seja, na mãe, como é do conceito de Winnicott) que são dirigidas a esse ser em desenvolvimento e ações e respostas do bebê. A existência da mãe, sua simples presença, age como um estímulo para as respostas do bebê; sua menor ação – por mais insignificante que seja –, mesmo quando não está relacionada com o bebê, age como um estímulo (SPITZ, 2004).

Para promover o desenvolvimento pleno da criança pequena, é necessário que os pais sejam sensíveis e responsivos em seus cuidados. Durante os primeiros meses de vida, os pais atendem primariamente às necessidades básicas do bebê em relação a subsistência, proteção, conforto, interação social e estimulação. Mais tarde, quando a criança começa a andar e a falar, os pais devem também estabelecer limites adequados à idade em relação à exploração e, ao mesmo tempo, devem estimular o desenvolvimento cognitivo, social e de linguagem (CAMPBELL, 2002).

Durante o primeiro ano de vida, experiências e ações intencionais constituem provavelmente a mais decisiva influência no desenvolvimento de vários setores da personalidade do bebê. A busca do bebê de comunicar-se com o parceiro é evidente e, com o decorrer das semanas, torna-se mais dirigida. O êxito aumenta seu prazer, e ele repetirá e

dominará, finalmente, o comportamento de sucesso e desistirá das ações que regularmente conduzem ao fracasso (SPITZ, 2004).

Um outro fator de reforço é o fato de as ações do bebê que são agradáveis à mãe serem por ela facilitadas; suas preferências terão influência direta no desenvolvimento do bebê. Se sua atitude é maternal e carinhosa, ela aprecia praticamente todas as atividades do filho. Seus afetos, seu prazer, suas próprias ações, conscientes ou inconscientes, facilitam inúmeras e várias ações do filho (SPITZ, 2004).

Dá-se um processo de moldagem na formação da criança, uma série de intercâmbios entre os dois parceiros, mãe e filho, que reciprocamente influenciam um ao outro de maneira circular (SPITZ, 2004).

Winnicott foi um dos primeiros autores a hierarquizar o papel da mãe no funcionamento mental da criança, considerando que a mãe intervém como ativa construtora do espaço mental da criança. O ser humano é apresentado, por esse autor, como uma pessoa que, para existir, precisa do cuidado e da atenção de um outro ser humano. Winnicott localiza o início dos problemas psicológicos no vínculo entre recém-nascido e mãe. A mãe deve funcionar como “ego auxiliar” da criança. Quando a sustentação exercida pela mãe for bem-sucedida, a criança a vive como uma “continuidade existencial”; no entanto, quando falha, o bebê terá uma experiência subjetiva de ameaça, que obstaculiza o desenvolvimento normal (WINNICOTT, 2011).

Nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o eu e o não eu se efetua. As modificações principais realizam-se quanto à separação da mãe como aspecto ambiental objetivamente percebido. Se ninguém ali está para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada (WINNICOTT, 1975).

As chamadas “doenças de carência afetiva”, por exemplo, geralmente resultam da ausência física da mãe; e o substituto da mãe é inadequado ou praticamente inexistente. A criança é privada dos cuidados maternos e das provisões afetivas vitais que normalmente receberia através dos intercâmbios com a mãe (SPITZ, 2004).

Winnicott insistiu sobre o “papel de espelho da mãe”. Quando o bebê olha sua mãe, esta o olha e o que ele vê é ele mesmo; quer dizer que a mãe lhe reenvia, de volta, em uma troca acompanhada de mímicas e de vocalizações, suas próprias emoções. Se o olhar da mãe reenvia ao bebê somente o seu estado psíquico, na situação de depressão materna, ele se encontra em uma verdadeira situação de desamparo (BERNARDINO *et al.*, 2000).

É o retorno rotineiro e regular da mãe, com seus cuidados, que dá à criança o sentimento de coesão, de continuidade, de existência em segurança. É o prazer que a própria mãe sente em seu contato corporal com o filho que desperta a libido dele. Se a criança é capaz de causar prazer na sua mãe, é porque tem valor. Pouco a pouco, ela vai amar-se como foi amada, retomando assim, por sua própria conta, o projeto de vida do qual seus pais a investiram. Compreende-se, portanto, o impacto da depressão materna na criança, já que a depressão consiste precisamente em um impedimento em sentir prazer (BERNARDINO; FERNANDES, 2002).

André Green, em 1980, já escrevia “A mãe morta”, referindo-se não à morte real da mãe, mas sim a uma imago que se constitui na psique da criança, em consequência de uma depressão materna, transformando brutalmente o objeto vivo, fonte da vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada, impregnando muito profundamente os investimentos de certos sujeitos e pesando sobre o destino de seu futuro libidinal, objetual e narcisista. A mãe morta é, portanto, uma mãe que permanece viva, mas que está morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida.

3.3 A patologia depressiva da mãe

Durante o período gestacional, entre concepção e parto, a mulher vivencia intensas modificações corporais, psicológicas e sociais, que repercutem na constituição da maternidade e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Os cuidados de assistência pré-natal devem ir além da dimensão biológica e abranger o bem-estar psicológico e social, pois estes influenciam as práticas de saúde materna e infantil. A estruturação do vínculo mãe-bebê inicia-se durante o período gestacional e é resultado do desenvolvimento psicológico que ocorre ao longo da gravidez. A sensibilidade da mãe para desenvolver a capacidade de identificação com o bebê, compreender os seus sentimentos e atender às suas necessidades é alcançada ao final da gestação (SILVEIRA *et al.*, 2016).

A depressão pós-parto pode ser reconhecida por, praticamente, todos aqueles que tiverem oportunidade de observá-la. No século XVII, chamavam-na *melancholia ex utero* (BERNARDINO, 2000). Sabe-se que cerca de 20% a 40% das mulheres relatam alguma perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto. Muitas experimentam a tristeza materna, também chamada *baby blues* ou *blues* pós-parto, que, a partir de 1980, distingue-se da depressão pós-parto. Trata-se de um estado normal de tristeza, disforia, choro frequente e dependência, que pode durar vários dias e que é atribuído às bruscas alterações

hormonais, ao estresse do parto e à conscientização da responsabilidade trazida pela maternidade (SADOCK; SADOCK, 2007).

A depressão pós-parto configura-se como um quadro mais grave de humor deprimido, ansiedade excessiva e insônia. O início se dá entre 3 e 6 meses depois do parto, e pode durar meses ou anos se não tratada. O principal estressor associado é a falta de apoio. A mãe, frequentemente, tem pensamentos de machucar o bebê e, por isso, passa a apresentar sentimento de culpa e de inadequação. Em casos raros (1 a 2 em cada 1.000 partos), além dos sentimentos depressivos, a mulher pode apresentar ideação suicida e, mais gravemente, alcançar proporções psicóticas, com alucinações, delírios e pensamentos de infanticídio (SADOCK; SADOCK, 2007).

A depressão pós-parto atinge de 10% a 15% das mulheres, e, nos Estados Unidos, está presente em pelo menos 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando-se essa taxa para 25% ou mais em mulheres com história de depressão pós-parto anterior (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Existem três principais transtornos emocionais do pós-parto: o chamado *baby blues* ou melancolia materna, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. A melancolia da maternidade consiste em um estado reacional concomitante a mudanças neurofisiológicas normais do puerpério e pode atingir de 70% a 90% das mulheres no puerpério. Já a psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, em que a mulher pode ter pensamentos de cometer infanticídio e precisa ser medicada, normalmente exigindo internação (FRIZZO; PICCININI, 2005).

A depressão materna ocorre em cerca de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas a três ou quatro meses após o nascimento da criança para se manifestar. A etiologia dessa condição é multideterminada por fatores genéticos, estressores psicológicos, contexto cultural e mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores sugerem que sintomas da depressão podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, estando ainda fortemente associados à maternidade. O DSM-IV define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior no período de quatro semanas após o parto e depressão materna como um episódio de depressão após esse período, especialmente no primeiro ano do bebê. Porém, há uma recente flexibilização no uso do conceito de depressão materna pós-parto, utilizando-se o termo até o segundo ano de vida do bebê (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Em relação à cronicidade, a depressão pode se estender por um período de seis meses a um ano, durando, em geral, alguns meses e não diferindo, em relação ao tempo de

duração, de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto. A mãe com sintomas depressivos ao longo do primeiro ano de vida do bebê apresenta alterações no apetite, dificuldade de dormir especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis; pode ter ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Mesmo leves, como normalmente são, esses sintomas podem trazer prejuízos à nova mãe, pois o esperado seria que a mulher estivesse feliz com a chegada do bebê. O fato de a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebê ser geralmente leve ou moderada faz com que frequentemente ela não seja diagnosticada (FRIZZO; PICCININI, 2005).

O nascimento de uma criança geralmente é visto como um momento de emoções positivas. Entretanto, ocorrem diversas transformações na vida da mulher, com potencial risco de distúrbios psicológicos. Uma das desordens mais comuns nesse período é a depressão perinatal, que pode se manifestar em qualquer momento desde o início da gestação até meses após o nascimento do bebê (THEME FILHA *et al.*, 2016).

A sintomatologia varia de sintomas leves a formas mais sérias. A depressão pós-parto está ainda associada a pensamentos suicidas e mortes maternas por suicídio. A condição pode persistir por um ano ou mais após o nascimento do bebê e pode seguir um curso crônico e recorrente (THEME FILHA *et al.*, 2016).

A depressão pós-parto pode ter vários efeitos negativos sobre a mulher e sua criança e particularmente sobre o vínculo mãe-bebê, amamentação e desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança. O efeito da depressão pós-parto prolongada na criança dura até fases tardias da vida e está associado a desordens afetivas na infância e adolescência (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Os desafios das práticas parentais para crianças pequenas são enfrentados com sucesso quando a mãe recebe ajuda e apoio emocional adequados e quando ela própria é emocionalmente estável. No entanto, uma proporção relativamente grande de mulheres jovens em idade reprodutiva apresenta também sintomas depressivos suficientemente graves para comprometer sua capacidade de prover cuidados parentais satisfatórios (O'HARA; SWAIN, 1996; KESSLER, 2006).

Muitos fatores de risco têm sido identificados para a depressão pós-parto. Revisões sugerem que os fatores de risco mais fortes são história de depressão e/ou depressão na gravidez, desvantagem socioeconômica e falta de suporte. Esses fatores de risco parecem aparecer em todas as culturas (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Pesquisas em depressão pós-parto no Brasil identificam fatores de risco similares aos de outros países, tendo classe socioeconômica pobre, alta paridade, não viver com seu parceiro, desordens psicológicas ou psiquiátricas prévias e gravidez indesejada como maior risco para depressão (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Os cuidados maternos no Brasil são altamente medicalizados e o número de intervenções obstétricas no trabalho de parto é elevado. A taxa de parto cesárea no Brasil em 2013 foi de 55,6%. E há evidências bastante consistentes de que a cesárea está associada com um aumento no risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático na mulher. Além disso, muitos hospitais no Brasil não permitem que a mulher seja acompanhada por seu parceiro ou por um membro da família durante o trabalho de parto e nascimento, apesar da lei brasileira de 2005 que dá esse direito à mulher (THEME FILHA *et al.*, 2016).

Theme Filha *et al.* (2016) concluíram que o cuidado com a mãe e o bebê durante o nascimento é mais importante na depressão pós-parto do que as intervenções e complicações obstétricas e neonatais.

A depressão materna pode estar associada a um histórico de episódios depressivos anteriores, pobreza, ser mãe solteira, dificuldades conjugais ou declínio no apoio social. Complicações durante a gestação ou no momento do parto, problemas de saúde do bebê ou irritabilidade e cólicas do mesmo podem também desencadear sintomas de depressão em mulheres vulneráveis. Frequentemente, as crianças pequenas carregam o fardo da depressão materna e, quando esta vem associada a estresse conjugal e baixos níveis de apoio social, os efeitos sobre as crianças pequenas podem ser exacerbados. Além disso, alguns bebês e algumas crianças pequenas podem ser mais vulneráveis aos efeitos da depressão materna do que outras, dependendo de suas características de temperamento, de suas condições de saúde e da disponibilidade de um cuidador alternativo (HOWELL *et al.*, 2009).

3.4 A criança afetada pela depressão materna

A depressão pós-parto afeta cerca de 15% das mulheres. Pouco se sabe sobre depressão materna em países de baixa e média renda, embora, em uma revisão de 47 estudos abrangendo a gravidez e o período pós-natal, distúrbios mentais comuns maternos (incluindo depressão) tenham sido observados em 19,8% de mulheres. Essas descobertas são preocupantes, porque, globalmente, muitas crianças serão expostas à depressão materna, e esta é considerada um fator de risco robusto, com efeitos de grande alcance sobre o

desenvolvimento emocional, comportamental, cognitivo, físico e neural das crianças (HERBA, 2014).

Crianças de países de baixa e média renda estão expostas a um risco ainda maior de efeitos causados por depressão materna precocemente na vida. Existem fortes associações entre depressão materna e desnutrição infantil, baixo peso ao nascer e risco psicossocial, possivelmente agravadas por adversidades intraútero por causa da fome ou de desastres naturais (HERBA, 2014).

As pesquisas indicam que mães com depressão, principalmente no caso de depressão crônica, são menos sensíveis em relação a seus bebês e suas crianças pequenas, brincam e falam com eles menos frequentemente e estabelecem práticas disciplinares e limites menos apoiadores e menos adequados à idade do que mães não deprimidas. Crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos crônicos são mais propensas a desenvolver apego não seguro com elas, a mostrar níveis mais baixos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem, a mostrar-se menos cooperativas e a ter maior dificuldade para controlar a raiva e agressividade (NICHD EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK, 1999).

As características da criança e da família podem também causar um efeito mútuo, facilitando ou dificultando o ajustamento. Por exemplo, alguns bebês irritáveis ou bebês com complicações de parto ou problemas de saúde neonatal podem ser mais vulneráveis ao impacto da depressão materna. E nesse caso, preocupações em relação a ter um bebê difícil ou doente podem afetar a disposição de ânimo da mãe, agravando tanto os sintomas maternos como as dificuldades do bebê, principalmente quando a mãe sente-se menos capaz de cuidar dele. Por outro lado, a mãe de um bebê fácil pode sentir-se melhor em relação a si própria e a seu sucesso como mãe e, quando dispõe de apoio social por parte do parceiro, pode oferecer cuidados sensíveis a seu bebê, apesar de seu estado depressivo (CLARK; TLUCZEK, BROWN, 2008; HOWELL *et al.*, 2009).

Em 1999, Goodman e Gotlib propuseram um modelo integrativo para a compreensão dos mecanismos e fatores moderadores que podem estar subjacentes a transmissão de risco para psicopatologia e desenvolvimento anormal em crianças de mães deprimidas. Consideraram quatro mecanismos de transmissão: hereditariedade da depressão, mecanismos neuroreguladores inatos disfuncionais, exposição a cognições, comportamentos e afeto maternos negativos e o contexto estressante de vida das crianças; além de três fatores mediadores: a saúde do pai e envolvimento com a criança, o curso e o momento de depressão da mãe e características da criança.

Catherine M. Herba (2013), usando dados de um estudo longitudinal de base populacional de crianças acompanhadas prospectivamente desde os 5 meses até 5 anos, descobriu que as crianças expostas a sintomas depressivos maternos durante o período pré-escolar estavam em risco elevado para sintomas internalizantes (problemas emocionais e de ansiedade), mas que o risco desses problemas foi significativamente reduzido se elas receberam serviços de cuidados infantis precoces. Os benefícios dos serviços de acolhimento para crianças de mães deprimidas existiam independentemente de aquelas terem entrado nos serviços no início da vida (ou seja, antes da idade de 17 meses) ou mais tarde. Mais importante, os resultados para problemas emocionais dependiam do tipo de cuidados infantis: regulamentados, baseados em um grupo de cuidados (dentro de um ambiente familiar ou centro), reduziram o risco de problemas emocionais, mas os cuidados prestados por um parente ou babá não o fez.

Székely *et al.* (2014) mostraram que sintomas depressivos maternos impactam negativamente na capacidade das crianças para identificar verbalmente expressões emocionais, enquanto a sensibilidade materna exerce um efeito benéfico sobre a capacidade das crianças para identificar não verbalmente expressões emocionais.

Os resultados do estudo de Fatori de Sá *et al.* (2010) apontaram como fatores estatisticamente associados aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: criança/adolescente ser do sexo masculino e sofrer punição física grave; ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe; embriaguez do pai/padrasto.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal.

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na sede do Instituto da Primeira Infância (IPREDE), localizada à Rua Professor Carlos Lobo, Nº 15, Cidade dos Funcionários, CEP 60821-740, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. No Instituto, são desenvolvidos programas, projetos e serviços com foco na nutrição e no desenvolvimento na primeira infância, além de intervenções junto às mães/cuidadoras, que estimulam o fortalecimento da interação entre mães e filhos, bem como as competências familiares e os conhecimentos sobre a nutrição infantil. Às crianças, são fornecidos atendimento médico pediátrico, atendimento psicológico, acompanhamento nutricional, além dos grupos com terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

4.3 Período e coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2017, prevendo um tempo total do estudo, com análises e relatórios, até junho de 2018.

A pesquisa foi realizada com mães de crianças na faixa etária de um ano e seis meses a cinco anos completos de vida, de ambos os sexos. A abordagem dos pacientes foi realizada por equipe de estagiários treinados, constituída de cinco entrevistadores, estudantes de cursos superiores nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, com experiência prévia com pesquisas relacionadas à infância e treinados em um estudo piloto.

As mães e as crianças foram convidadas a participar da pesquisa, e as mães que aceitaram, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após ler, consentir e assinar, a mãe respondeu a um formulário sociodemográfico e familiar estruturado e, em seguida, aos instrumentos: o Questionário de Autorrelato – *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) – e o Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½-5 anos, versão para pais (ACHENBACH; RESCORLA, 2000) – *Child Behavior Checklist*, CBCL. O *Self-*

Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença de sinais de depressão nas mães entrevistadas, e o CBCL avaliou a presença de morbidade psiquiátrica nos filhos.

4.4 Amostragem

Tamanho amostral: O cálculo amostral foi realizado com base no Teorema do limite central, através da fórmula da distribuição gaussiana:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p) / (N - 1)e^2 + Z^2 \cdot p(1 - p)$$

Onde:

- **n** = é o tamanho da amostra que queremos calcular;
- **N** = é o tamanho do universo;
- **Z** = é o desvio do valor médio que aceitamos para alcançar o nível de confiança desejado. Em função do nível de confiança que buscamos, usaremos um valor determinado que é dado pela forma da distribuição de Gauss. Os valores mais frequentes são:
 - Nível de confiança 90%: $Z = 1,645$
 - Nível de confiança 95%: $Z = 1,96$
 - Nível de confiança 99%: $Z = 2,575$
- **e** = é a margem de erro máximo que eu quero admitir (5%);
- **p** = é a proporção que esperamos encontrar. Se não temos nenhuma informação sobre o valor que esperamos encontrar, a opção mais prudente é usar o pior cenário: a população se distribui em partes iguais entre crianças com transtorno psiquiátrico e crianças sem transtorno psiquiátrico, logo $p = 50\%$.

Nossa amostra foi composta por um número de 257 crianças.

4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os dados deste estudo foram extraídos da coleta de dados da pesquisa: Características basais das crianças e famílias assistidas pelo Programa Cresça com Seu Filho, Regional VI, Fortaleza, Ceará. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade

de Medicina da Universidade Federal do Ceará, vinculado ao Comitê de Ética Nacional, parecer número:1.252.450.

O termo de fiel depositário foi cedido pelo coordenador geral da pesquisa, Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Para a pesquisa supracitada, foram consideradas as crianças em atendimento no IPREDE, na faixa etária de zero a cinco anos e onze meses. Para este estudo, selecionamos as mães das crianças com idade entre um ano e meio e cinco anos, pelo fato de o instrumento de medida do desfecho (CBCL 1½-5 anos) ser aplicado a essa faixa de idade.

Foram excluídas da pesquisa inicial as crianças em situação de abrigamento que não compareceram à instituição com mãe ou cuidadora; aquelas cuja mãe ou cuidadora não estiveram presentes após três tentativas consecutivas de realização da aplicação do questionário; e também as que compareceram sempre acompanhadas do pai nos atendimentos da instituição.

4.6 Instrumentos de coleta dos dados

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Para as mães.

Formulário Sociodemográfico e Familiar: Esse formulário incluiu variáveis preditoras, com questões relacionadas a características socioeconômicas e demográficas: raça/cor materna, escolaridade materna (anos de estudo), *status* da ocupação materna e paterna, trabalho materno e paterno fora de casa, renda familiar, idade materna, situação conjugal materna, família beneficiária de programas sociais; características do ambiente físico, tamanho e estrutura familiar: tipo de família, se a criança mora com a mãe, cuidador principal da criança, densidade familiar, número de crianças menores de seis anos; características da criança e condições de saúde: estado nutricional, pré-natal, peso e estatura ao nascer, prematuridade, ordem de nascimento, sexo da criança, idade da criança, malformação congênita, desejo pela gravidez, mãe usuária de drogas, mãe usuária de álcool, hospitalizações da criança no último mês, aleitamento materno, tempo de aleitamento materno, creche, escola, fumo, álcool, drogas e doenças na gestação, morbidade neonatal, crenças e práticas parentais, situações adversas vividas pela criança, condição do vínculo da diade mãe/filho.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20): Em vista dos impactos dos problemas de saúde mental sobre a população e da lacuna, existente até hoje, entre demanda e oferta de atendimento nessa área, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o *Self-*

Reporting Questionnaire (SRQ), na década de 1970, por meio da condução do Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental, a fim de avaliar e testar métodos de elaborar políticas públicas de assistência multidisciplinar a indivíduos com transtornos mentais, em países em desenvolvimento.

Harding e colaboradores (1980) propuseram o SRQ na intenção de criar um instrumento de rastreamento psiquiátrico com o objetivo de facilitar a detecção de casos de forma simples e eficaz. Foi validado no Brasil por Mari e Willians, em 1986. Destina-se ao rastreamento de transtornos do humor, de ansiedade e de somatização, antes conhecidos como transtornos neuróticos e, atualmente, como transtornos mentais menores ou comuns, que correspondem a 90% da morbidade total por doenças psiquiátricas.

O *Self-Reporting Questionnaire* é um instrumento de autorresposta, de muito baixo custo e alta capacidade de diferenciar casos de não casos. É de fácil compreensão, mesmo entre respondentes com baixo nível de instrução, sendo possível a aplicação por um terceiro a indivíduos analfabetos, e seu resultado fornece apenas uma suspeita diagnóstica, não sendo permitido formular um diagnóstico psiquiátrico. Sugere-se que seja utilizado em indivíduos maiores de 14 anos. Sua aplicação leva entre cinco e 10 minutos, e a obtenção de escore é quase imediata.

Sua versão original era composta por 24 itens, dos quais vinte questões avaliavam transtornos não psicóticos e quatro se referiam a transtornos psicóticos, como alucinações, delírio paranoide e confusão mental. Versões ampliadas já foram criadas com inclusão de um item para rastreamento de epilepsia ou cinco itens para rastrear transtornos por abuso/dependência de álcool. Entretanto, a detecção de transtornos psicóticos e epilepsia é fácil em ambientes de atendimento em saúde, e não parece adequado o rastreamento dessas patologias com um instrumento de autorresposta. Portanto, atualmente, o SRQ-20 é composto por 20 questões sobre sintomas psíquicos e somáticos, com respostas do tipo sim/não.

Para interpretação das pontuações, cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses resultados. Os escores obtidos podem ser interpretados de forma qualitativa, para determinar um rastreamento positivo ou não, e quantitativa, em que variam de 0 (nenhuma probabilidade) a presença de transtornos do humor, de ansiedade e de somatização.

Conforme a última validação realizada no Brasil, o SRQ-20 tem ponto de corte 7/8 tanto para o sexo feminino quanto para o masculino, ou seja, escore de 8 ou mais é considerado caso suspeito de transtornos do humor, de ansiedade e de somatização, e de 7 ou menos, como um caso não suspeito.

O SRQ-20 contém 20 questões com respostas sim/não que rastreiam morbidade psiquiátrica não psicótica; pontuações iguais ou superiores a oito, numa escala de zero a 20, foram utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica. A partir da estrutura fatorial do SRQ-20 proposta por Iacoponi e Mari (1988), foram criadas quatro novas variáveis: “falta de energia” (questões do SRQ-20 de números: 8, 11, 12, 13, 18 e 20), “sintomas somáticos” (1, 2, 7 e 19), “estado depressivo” (6, 9 e 10) e “pensamentos depressivos” (14, 15, 16 e 17).

Quadro 1 – Estrutura fatorial do SRQ-20

FALTA DE ENERGIA
8 Tem dificuldade de pensar com clareza?
11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?
12 Tem dificuldades em tomar decisões?
13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
18 Sente-se cansado o tempo todo?
20 Você se cansa com facilidade?
SINTOMAS SOMÁTICOS
1 Tem dores de cabeça frequentes?
2 Tem falta de apetite?
7 Tem má digestão?
19 Tem sensações desagradáveis no estômago?
HUMOR DEPRESSIVO
6 Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?
9 Tem se sentido triste ultimamente?
10 Tem chorado mais do que de costume?
PENSAMENTOS DEPRESSIVOS
14 Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
15 Tem perdido o interesse pelas coisas?
16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
17 Tem tido a ideia de acabar com a vida?

Fonte: Iacoponi e Mari (1988).

Child Behavior Checklist (CBCL): Instrumento na área da saúde mental da infância e adolescência mais utilizado internacionalmente, com versões para as idades de 1 ano e 6 meses a 5 anos de idade, e para 6 a 18 anos de idade. Neste estudo, utilizou-se a versão brasileira do CBCL apropriada para a faixa etária de 1 ano e 6 meses a 5 anos de idade. Traduzido para o português como Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½ e 5 anos (CBCL 1½-5 anos – ACHENBACH; RESCORLA, 2000), avalia problemas de comportamento infantil, oferecendo avaliações padronizadas de aspectos comportamentais, emocionais e de funcionamento social. Esse instrumento pode ser respondido pelos pais ou outros cuidadores (porém, neste estudo, serão entrevistadas apenas mães, pois estas também serão avaliadas através da Escala SRQ-20). É composto por 99 itens sobre o comportamento da criança, além de um item de resposta livre que deve conter problemas adicionais que não

foram listados anteriormente. Os itens devem ser respondidos, em uma escala de três pontos, numerada de zero a dois, respectivamente: não verdadeira (zero), um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira (um) e muito verdadeira ou frequentemente verdadeira (dois). Os respondentes devem preencher de acordo com a concordância com cada item, baseados nos dois meses anteriores. A versão brasileira do CBCL 1^{1/2}-5 foi traduzida por Silvaes, Rocha e Linhares (2010). O inventário é composto por sete síndromes: reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, retraimento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamento agressivo. Os dados também podem ser organizados em dois agrupamentos de síndromes, os problemas internalizantes e os externalizantes. As síndromes que compõem os problemas internalizantes são reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas e retraimento social. As síndromes que compõem os problemas externalizantes são problemas de atenção e comportamento agressivo. A síndrome de problemas de sono não é incluída em qualquer dos dois agrupamentos. O CBCL 1^{1/2}-5 oferece, além de escores de problemas internalizantes e externalizantes, o escore total de problemas de comportamento. O inventário conta ainda com escalas consistentes com critérios diagnósticos do DSM-IV, para auxiliar profissionais e pesquisadores da área de saúde mental: problemas afetivos, problemas de ansiedade, problemas globais do desenvolvimento, problemas de déficit de atenção/hiperatividade e problemas opostos/desafiadores. Após as análises das respostas, os escores podem ser divididos em *não clínico* (zero a 64), *limítrofe* (65 a 69) e *clínico* (a partir de 70) para as síndromes, e em *não clínico* (zero a 59), *limítrofe* (60 a 63) e *clínico* (a partir de 64) para as escalas.

4.7 Análise estatística

Realizou-se a análise descritiva, com o objetivo de conhecer e registrar sistematicamente a extensão, gravidade, magnitude e repercussões dos problemas estudados na população da amostra. Na análise descritiva, consta a ordenação e compilação dos dados em tabelas, além da criação de gráficos com os resultados encontrados.

Para a análise inferencial, com o propósito de identificar relações causais entre uma variável preditora/de exposição e uma variável de desfecho/resposta, calculou-se a razão de prevalência com respectivos intervalos de confiança de 95%. Essa relação foi calculada controlando-se os fatores de confundimento (análise multivariada). A análise inferencial procura obter uma afirmação acerca de uma população com base em uma amostra, ou seja, a partir dos dados da pesquisa, procura-se obter conclusões gerais.

Neste estudo, foi considerada como variável independente, preditora ou de exposição a presença de sintomas depressivos maternos, e como variável dependente, resposta ou desfecho o surgimento de síndromes psiquiátricas na primeira infância. Foram consideradas, ainda, outras covariáveis/variáveis de confusão, presentes no Formulário Sociodemográfico, já acima citadas, relacionadas a características socioeconômicas e demográficas, características do ambiente físico, tamanho e estrutura familiar, e características da criança e suas condições de saúde.

A medida de frequência de doença – no caso, para a variável dependente transtorno mental na criança – utilizada foi a taxa de prevalência, e os dados também foram expostos em frequência, de modo a investigar associações entre fatores de risco e doença.

Como ambas as variáveis, preditora e de desfecho, são dicotômicas, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado através do teste do qui-quadrado.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Science – SPSS versão 20.0*.

4.8 Aspectos éticos

Os dados deste estudo foram extraídos da coleta de dados da pesquisa: Características basais das crianças e famílias assistidas pelo Programa Cresça com Seu Filho, Regional VI, Fortaleza, Ceará. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, vinculado ao Comitê de Ética Nacional, parecer número:1.252.450.

O Termo de Fiel Depositário foi cedido pelo coordenador geral da pesquisa, Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Os referenciais de Bioética, preconizados na resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram considerados nesse estudo, obtendo-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinado pelas mães ou cuidadoras antes da realização da entrevista (APÊNDICE B).

Esta pesquisa, aparentemente, não representa risco algum aos pacientes incluídos. Não estão previstos danos à dimensão física, biológica, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa ou decorrente dela.

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

Apresentamos, nas tabelas abaixo, as principais variáveis sociodemográficas que caracterizam nossa amostra. Os elementos estão divididos em variáveis relacionadas à criança em estudo, às mães e sua gestação, e à família como um todo.

As crianças estavam bem divididas quanto a sexo, sendo metade da amostra composta de crianças do sexo masculino e metade do sexo feminino, e a maior parte já estava em acompanhamento no IPREDE há mais de um ano.

A maior parte da amostra estava estudando, e os que não estavam, a justificativa era ainda a idade. A maior parte também frequentava creche.

Apenas pequena parcela das crianças em estudo nasceu prematura ou com formação congênita, ou não mamou no peito.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas relacionadas à criança, IPREDE, 2017-2018

Variáveis da criança		N	%
Sexo da criança	Masculino	128	49,8
	Feminino	129	50,2
Tempo de admissão em meses no IPREDE	De 7 a 12 meses	39	15.2
	De 13 a 24 meses	76	29.6
	De 25 a 36 meses	71	27.6
	Acima de 36 meses	26	10.1
A criança estuda	Sim	66	25.7
	Não	191	74.3
A criança frequenta creche	Sim	77	30.0
	Não	180	70.0
A criança nasceu prematura	Sim	68	26.5
	Não	189	73.5
A criança nasceu com má formação congênita	Sim	19	7.4
	Não	238	92.6

A criança mamou no peito	Sim	228	88.7
	Não	29	11.3

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as mães, três quartos de nossa amostra estavam com idade entre 20 e 35 anos, 50% em uma união consensual e 71% desempregadas. Quanto a escolaridade, foram encontrados percentuais bem divididos, porém, 90% das mães sabia ler e a maior parte chegou a cursar o ensino fundamental, sem completa-lo.

Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas maternas, IPREDE, 2017-2018

Variáveis Maternas		N	%
Idade materna	Até 19 anos	21	8.2
	20 a 35 anos	194	75.5
	Acima de 35 anos	42	16.3
Situação conjugal da mãe	Casada	38	14.8
	Solteira	64	24.9
	União Consensual	129	50.2
	Separada	23	8.9
A mãe sabe ler e escrever	Viúva	3	1.2
	Sim	233	90.7
Escolaridade da mãe	Não	24	9.3
	Analfabeta	12	4.7
	Fundamental incompleto	94	36.6
	Fundamental completo	41	16.0
	Médio incompleto	48	18.7
	Médio completo	56	21.8
Situação da mãe em relação a emprego/trabalho	Superior incompleto	3	1.2
	Está empregada	38	14.8
	Está desempregada	183	71.2
	Nunca trabalhou fora	36	14.0

Fonte: Elaborado pela autora.

A maior parte das famílias pertencia à classe econômica D – E, e, em quase todas elas, a criança tinha a mãe como cuidador principal e mantinha contato com o pai biológico.

Tabela 3 – Variáveis relacionadas à família, IPREDE, 2017-2018

Variáveis familiares		N	%
Classe econômica	B2	2	0.8

	C1	4	1.6
	C2	37	14.4
	DE	214	83.3
A criança convive com o pai biológico (mora na mesma casa ou na última semana brincou ou passeou com a criança)	Sim	167	65.0
	Não	90	35.0
Principal cuidador da criança	Mãe da criança	245	95.3
	Pai da criança	1	0.4
	Atual companheiro da mãe	1	0.4
	Avó da criança	6	2.3
	Doméstica ou diarista	2	0,8
	Outros	2	0,8

Fonte: Elaborado pela autora.

Questionadas sobre a gestação da criança em estudo, a maior parte das mães da amostra teve uma gravidez saudável, com realização de pré-natal (97,3%), sem internações (87,2%), sem uso de tabaco (89,1%) ou consumo de álcool (92,6%). Quanto ao desejo de engravidar, 56% respondeu que desejou a gestação da criança em estudo, 93,8% nega uso de qualquer método para interromper a gravidez e pouco mais da metade das mães entrevistadas submeteu-se a parto cesárea.

Tabela 4 – Variáveis gestacionais, IPREDE, 2017-2018

Variáveis gestacionais		N	%
A mãe fez pré-natal	Sim	250	97.3
	Não	7	2.7
A mãe esteve internada durante a gestação da criança em estudo	Sim	33	12.8
	Não	224	87.2

A mãe fumou durante a gestação	Sim	28	10.9
	Não	229	89.1
A mãe ingeriu bebida alcoólica durante a gestação	Sim	19	7.4
	Não	238	92.6
A gestação foi desejada	Sim, a mãe quis engravidar naquele momento.	63	24.5
	Queria ter engravidado em outro momento, mas ficou feliz quando soube da gravidez.	144	56.0
	Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez.	22	8.6
	Não queria ter engravidado de jeito nenhum.	28	10.9
A mãe fez algo para interromper a gestação	Sim	16	6.2
	Não	241	93.8
Tipo de parto da criança em estudo	Vaginal	120	46.7
	Cesariana	135	52.5
	Fórceps	2	0.8

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 Análise inferencial

Das 257 mães entrevistadas, 95 (37%) tiveram SRQ positivo. Entre essas, 53 (55,8%) têm filhos com CBCL clínico na classificação geral e 42 (44,2%) têm filhos com CBCL normal na classificação geral. Das 257, 162 (63%) tiveram SRQ negativo. Entre essas, 47 (29%) têm filhos com CBCL clínico na classificação geral e 115 (71%) têm filhos com CBCL normal na classificação geral. Mães com SRQ positivo têm 3,08 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a **classificação geral** em comparação a mães com SRQ negativo ($p < 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 41 (43,2%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas externalizantes e 54 (56,8%) têm filhos com CBCL normal para sintomas

externalizantes. Das 162 mães com SRQ negativo, 37 (22,8%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas externalizantes e 125 (77,2%) têm filhos com CBCL normal para sintomas externalizantes. Mães com SRQ positivo têm 2,56 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação dos **sintomas externalizantes** em comparação a mães com SRQ negativo ($p = 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 19 (20,0%) têm filhos com CBCL clínico para comportamento agressivo e 76 (80,0%) têm filhos com CBCL normal para comportamento agressivo. Das 162 mães com SRQ negativo, 14 (8,6%) têm filhos com CBCL clínico para comportamento agressivo e 148 (91,4%) têm filhos com CBCL normal para comportamento agressivo. Mães com SRQ positivo têm 2,64 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **comportamento agressivo** em comparação a mães com SRQ negativo ($p = 0,009$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 23 (24,2%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas de atenção e 72 (75,8%) têm filhos com CBCL normal para sintomas de atenção. Das 162 mães com SRQ negativo, 20 (12,3%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas de atenção e 142 (87,7%) têm filhos com CBCL normal para sintomas de atenção. Mães com SRQ positivo têm 2,26 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **problemas de atenção** em comparação a mães com SRQ negativo ($p = 0,014$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 52 (54,7%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas internalizantes e 43 (45,3%) têm filhos com CBCL normal para sintomas internalizantes. Das 162 mães com SRQ negativo, 39 (24,1%) têm filhos com CBCL clínico para sintomas internalizantes e 123 (75,9%) têm filhos com CBCL normal para sintomas internalizantes. Mães com SRQ positivo têm 3,81 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **sintomas internalizantes** em comparação a mães com SRQ negativo ($p < 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 22 (23,2%) têm filhos com CBCL clínico para problemas de socialização e 73 (76,8%) têm filhos com CBCL normal para problemas de socialização. Das 162 mães com SRQ negativo, 12 (7,4%) têm filhos com CBCL clínico para problemas de socialização e 150 (92,6%) têm filhos com CBCL normal para problemas de socialização. Mães com SRQ positivo têm 3,76 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **problemas de socialização** em comparação a mães com SRQ negativo ($p < 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 13 (13,7%) têm filhos com CBCL clínico para queixa somática e 82 (86,3%) têm filhos com CBCL normal para queixas somáticas. Das 162 mães com SRQ negativo, 12 (7,4%) têm filhos com CBCL clínico para queixa somática e 150 (92,6%) têm filhos com CBCL normal para queixas somáticas. Mães com SRQ positivo teriam 1,98 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **queixas somáticas** em comparação a mães com SRQ negativo, porém, a associação não tem significância estatística ($p = 0,1$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 29 (30,5%) têm filhos com CBCL clínico para ansiedade / depressão e 66 (69,5%) têm filhos com CBCL normal para ansiedade / depressão. Das 162 mães com SRQ negativo, 16 (9,9%) têm filhos com CBCL clínico para ansiedade / depressão e 146 (90,1%) têm filhos com CBCL normal para ansiedade / depressão. Mães com SRQ positivo têm 4,0 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **ansiedade / depressão** em comparação a mães com SRQ negativo ($p < 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 21 (22,1%) têm filhos com CBCL clínico para reatividade emocional e 74 (77,9%) têm filhos com CBCL normal para reatividade emocional. Das 162 mães com SRQ negativo, 12 (7,4%) têm filhos com CBCL clínico para reatividade emocional e 150 (92,6%) têm filhos com CBCL normal para reatividade emocional. Mães com SRQ positivo têm 3,54 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **reatividade emocional** em comparação a mães com SRQ negativo ($p = 0,001$).

Das 95 mães com SRQ positivo, 13 (13,7%) têm filhos com CBCL clínico para problemas para dormir e 82 (86,3%) têm filhos com CBCL normal para problemas para dormir. Das 162 mães com SRQ negativo, 13 (8,0%) têm filhos com CBCL clínico para problemas para dormir e 149 (92,0%) têm filhos com CBCL normal para problemas para dormir. Mães com SRQ positivo teriam 1,81 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a classificação de **problemas para dormir** em comparação a mães com SRQ negativo, porém, a associação não tem significância estatística ($p = 0,14$).

A associação entre **morbidade psiquiátrica materna** e os diversos escores comportamentais na infância (CBCL) está apresentada na Tabela 5:

Tabela 5 – Morbidade psiquiátrica materna (escore global do SRQ) e escores do CBCL

Variável	Razão de Chances (RC)	Intervalo de Confiança de 95%	Valor p
CBCL: Classificação geral	3.088	1.821 - 5.237	$p < 0,001$

Sintomas externalizantes	2,565	1.484 - 4.433	p = 0,001
Comportamento agressivo	2,643	1.256 - 5.560	p = 0,009
Problemas de atenção	2,268	1,169 - 4,401	p = 0,014
Sintomas internalizantes	3,814	2,220 - 6,553	p < 0,001
Problemas de socialização	3,767	1,767 - 8,031	p < 0,001
Queixas somáticas	1,982	0,865 - 4,542	p = 0,1
Ansiedade/depressão	4,009	2,039 - 7,883	p < 0,001
Reatividade emocional	3,547	1,656 - 7,600	p = 0,001
Problemas para dormir	1,817	0,805 - 4,104	p = 0,14

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre morbidade psiquiátrica materna e a classificação geral do CBCL (sintomatologia psiquiátrica na criança), sintomas externalizantes, comportamento agressivo, problemas de atenção, sintomas internalizantes, problemas de socialização, ansiedade/depressão e reatividade emocional.

A associação entre morbidade psiquiátrica materna e queixas somáticas e problemas para dormir não foram estatisticamente significativas.

Quando às questões 6, 9 e 10, em seu conjunto, for atribuído um “sim”, o programa deve sinalizar de forma positiva para “**humor depressivo**”.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 37 (57,8%) têm filhos com CBCL clínico e 27 (42,2%) têm filhos com CBCL normal para classificação geral. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 63 (32,6%) têm filhos com CBCL clínico e 130 (67,4%) têm filhos com CBCL normal para classificação geral (p < 0,001). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,82 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a **classificação geral** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 29 (45,3%) têm filhos com CBCL clínico e 35 (54,7%) têm filhos com CBCL normal para sintomas externalizantes. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 49 (25,4%) têm filhos com CBCL clínico e 144 (74,6%) têm filhos com CBCL normal para sintomas externalizantes (p = 0,003). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,43 vezes mais chances de

ter filhos com CBCL clínico para **sintomas externalizantes** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 13 (20,3%) têm filhos com CBCL clínico e 51 (79,7%) têm filhos com CBCL normal para comportamento agressivo. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 20 (10,4%) têm filhos com CBCL clínico e 173 (89,6%) têm filhos com CBCL normal para comportamento agressivo ($p = 0,039$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,205 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **comportamento agressivo** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 17 (26,6%) têm filhos com CBCL clínico e 47 (73,4%) têm filhos com CBCL normal para problemas de atenção. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 26 (13,5%) têm filhos com CBCL clínico e 167 (86,5%) têm filhos com CBCL normal para problemas de atenção ($p = 0,015$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,32 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **problemas de atenção** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 33 (51,6%) têm filhos com CBCL clínico e 31 (48,4%) têm filhos com CBCL normal para sintomas internalizantes. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 58 (30,1%) têm filhos com CBCL clínico e 135 (69,9%) têm filhos com CBCL normal para sintomas internalizantes ($p = 0,002$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,47 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **sintomas internalizantes** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 13 (20,3%) têm filhos com CBCL clínico e 51 (79,7%) têm filhos com CBCL normal para problemas de socialização. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 21 (10,9%) têm filhos com CBCL clínico e 172 (89,1%) têm filhos com CBCL normal para problemas de socialização ($p = 0,054$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo teriam 2,08 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **problemas de socialização** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo, porém, a associação não tem significância estatística.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 11 (17,2%) têm filhos com CBCL clínico e 53 (82,8%) têm filhos com CBCL normal para queixas somáticas. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 14 (7,3%) têm filhos com CBCL clínico

e 179 (92,7%) têm filhos com CBCL normal para queixas somáticas ($p = 0,020$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 2,65 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **queixas somáticas** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 20 (31,3%) têm filhos com CBCL clínico e 44 (68,8%) têm filhos com CBCL normal para ansiedade/depressão. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 25 (13%) têm filhos com CBCL clínico e 168 (87%) têm filhos com CBCL normal para ansiedade/depressão ($p = 0,001$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 3,05 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **ansiedade/depressão** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 16 (25%) têm filhos com CBCL clínico e 48 (75%) têm filhos com CBCL normal para reatividade emocional. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 17 (8,8%) têm filhos com CBCL clínico e 176 (91,2%) têm filhos com CBCL normal para reatividade emocional ($p = 0,001$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo têm 3,45 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **reatividade emocional** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo.

Das 64 mães com SRQ positivo para humor depressivo, 10 (15,6%) têm filhos com CBCL clínico e 54 (84,4%) têm filhos com CBCL normal para problemas para dormir. Das 193 mães com SRQ negativo para humor depressivo, 16 (8,3%) têm filhos com CBCL clínico e 177 (91,7%) têm filhos com CBCL normal para problemas para dormir ($p = 0,092$). Mães com SRQ positivo para humor depressivo teriam 2,04 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para **problemas para dormir** em comparação a mães com SRQ negativo para humor depressivo, porém, a associação não tem significância estatística.

A associação entre humor depressivo materno e os diversos escores comportamentais na infância (CBCL) está apresentada na Tabela 6:

Tabela 6 – Humor depressivo materno e escores do CBCL

Variável	Razão de Chances (RC)	Intervalo de Confiança de 95%	Valor p
CBCL: Classificação geral	2,828	1,583 - 5,051	$p < 0,001$
Sintomas	2,435	1,351 - 4,390	$p = 0,003$

externalizantes			
Comportamento agressivo	2,205	1,026 - 4,738	p = 0,039
Problemas de atenção	2,323	1,163 - 4,640	p = 0,015
Sintomas internalizantes	2,478	1,380 - 4,420	p = 0,002
Problemas de socialização	2,088	0,977 - 4,460	p = 0,054
Queixas somáticas	2,654	1,138 - 6,191	p = 0,020
Ansiedade/depressão	3,055	1,555 - 6,0	p = 0,001
Reatividade emocional	3,451	1,624 - 7,332	p = 0,001
Problemas para dormir	2,049	0,878 - 4,778	p = 0,092

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre humor depressivo materno e a classificação geral do CBCL (sintomatologia psiquiátrica na criança), sintomas externalizantes, comportamento agressivo, problemas de atenção, sintomas internalizantes, queixas somáticas, ansiedade/depressão, reatividade emocional e problemas para dormir.

A associação entre humor depressivo materno e problemas para dormir foi a única não estatisticamente significativa.

Quando às questões 14, 15, 16 e 17, em seu conjunto, for atribuído um “sim”, o programa deve sinalizar de forma positiva para “**pensamentos depressivos**”.

Das 257 mães entrevistadas, apenas 5 pontuaram no SRQ como positivo para pensamentos depressivos. Das 5 mães com SRQ positivo para pensamentos depressivos, 3 (60%) têm filhos com CBCL clínico e 2 (40%) têm filhos com CBCL normal para classificação geral. Das 252 mães com SRQ negativo para pensamentos depressivos, 97 (38,5%) têm filhos com CBCL clínico e 155 (61,5%) têm filhos com CBCL normal para classificação geral (p = 0,329). Mães com SRQ positivo para pensamentos depressivos teriam 2,397 vezes mais chances de ter filhos com CBCL clínico para a **classificação geral** em comparação a mães com SRQ negativo para pensamentos depressivos, porém, a associação não tem significância estatística.

Provavelmente, por a pequena amostra não ser demonstrativa da população geral, a maior parte das associações não foi estatisticamente significativa (p > 0,05). As associações estatisticamente significativas foram entre pensamentos depressivos e queixas somáticas, ansiedade/depressão e reatividade emocional.

A associação entre pensamentos depressivos maternos e os diversos escores comportamentais na infância (CBCL) está apresentada na Tabela 7:

Tabela 7 – Pensamentos depressivos maternos e escores do CBCL

Variável	Razão de Chances (RC)	Intervalo de Confiança de 95%	Valor <i>p</i>
CBCL: Classificação geral	2,397	0,393 – 14,604	$p = 0,329$
Sintomas externalizantes	1,544	0,253 – 9,427	0,636
Comportamento agressivo	1,719	0,186 – 15,864	0,629
Problemas de atenção	3,431	0,556 – 21,179	0,159
Sintomas internalizantes	2,795	0,458 – 17,045	0,246
Problemas de socialização	4,583	0,737 – 28,493	0,074
Queixas somáticas	6,638	1,054 – 41,788	0,021
Ansiedade/depressão	20,585	2,243 – 188,910	$< 0,001$
Reatividade emocional	11,100	1,782 – 69,152	0,001
Problemas para dormir	2,270	0,244 – 21,108	0,459

Fonte: Elaborada pela autora.

6 DISCUSSÃO

Este estudo investigou a relação entre depressão materna e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na primeira infância, e encontrou resultados significativos estatisticamente, que são corroborados por dados de estudos prévios.

A maior parte das crianças da amostra (74,3%) estava frequentando a escola. A idade seria o motivo de 25% das crianças ainda não estarem estudando, já que nossa amostra abrange crianças com idade entre um ano e meio a cinco anos de idade. Segundo dados do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2014, em todo o país, 6,2% dos brasileiros entre 4 e 17 anos, estão fora da escola.

Apenas pequena parcela das crianças em estudo nasceu prematura ou com formação congênita, ou não mamou no peito. Essas são informações importantes, pois, segundo Howell EA (2009), complicações durante a gestação ou no momento do parto, problemas de saúde do bebê ou dificuldades com a amamentação podem desencadear sintomas de depressão em mulheres vulneráveis.

Dentre as mães, 50% estão em uma união consensual e 71% estão desempregadas. A maior parte chegou a cursar o ensino fundamental, sem completa-lo. Ainda segundo Howell EA (2009), a depressão materna pode estar associada a um histórico de pobreza, contexto de dificuldades financeiras, ser mãe solteira, dificuldades conjugais ou declínio no apoio social.

A maior parte das famílias pertencia à classe econômica D – E, e conforme pesquisa da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 2018, em Fortaleza, 40,2% da população pertence a esta classe.

A maior parcela das mães da amostra teve uma gravidez saudável, realizou pré-natal, não foi internada, nega uso de tabaco ou álcool, e desejava engravidar. No Brasil, assim como ocorre em outros países, gravidez indesejada é um dos fatores de risco principais para o surgimento de depressão durante a gestação ou no puerpério (M. M. Theme Filha et al, 2016). Além disso, mais da metade das mães entrevistadas submeteu-se a parto cesárea, e, segundo Leal et al, 2014, os cuidados maternos no Brasil são altamente medicalizados e o número de intervenções obstétricas no trabalho de parto é elevado. Segundo o Brazilian Health Informatics Department (2014), a taxa de parto cesárea no Brasil em 2013, foi de 55,6%. E há evidências bastante consistentes de que a cesárea está associada com um aumento no risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático na mulher. Além disso, muitos hospitais

no Brasil não permitem que a mulher seja acompanhada por seu parceiro ou um membro da família durante o trabalho de parto e nascimento, apesar da lei brasileira de 2005 que dá esse direito à mulher (M. M. Theme Filha et al, 2016).

Como visto nos resultados de nosso estudo, crianças de mães com **morbidade psiquiátrica** apresentam maiores chances de manifestarem também sintomas psiquiátricos durante a primeira infância (CBCL clínico para a classificação geral).

Essas crianças podem, ainda, ser mais propensas ao desenvolvimento de sintomas externalizantes, comportamentos agressivos e problemas de atenção e também mostraram chance maior de aparecimento de sintomas internalizantes, problemas de socialização, ansiedade/depressão e reatividade emocional, quando comparadas a crianças de mães sem morbidade psiquiátrica.

A associação entre morbidade psiquiátrica materna e queixas somáticas e problemas para dormir não foram estatisticamente significativas em nosso estudo.

A morbidade psiquiátrica a que nosso estudo se refere engloba mães com depressão materna ou apenas com sintomas depressivos ou ansiosos (falta de energia, sintomas somáticos, humor depressivo e pensamentos depressivos). Daremos atenção especial à análise das associações entre humor depressivo ou pensamentos depressivos e as alterações de comportamentos na primeira infância.

Estudos conduzidos no Brasil com crianças e adolescentes de todas as camadas sociais relatam que a psicopatologia materna é um importante fator de risco para problemas de saúde mental nos filhos. No mais recente deles (GOODMAN, 2007), problemas de saúde mental dos pais foram considerados como fatores de risco para problemas emocionais (equivalentes aos problemas do tipo internalização) e problemas de conduta (equivalentes aos problemas do tipo externalização) de seus filhos (SÁ *et al.*, 2010).

Segundo Santos *et al.* (2017), os problemas de saúde mental materna interferem na qualidade das experiências precoces e no desenvolvimento das potencialidades na infância. Acarretam prejuízos para a adaptação infantil às demandas ambientais, à aquisição de novas habilidades e capacidades, ao funcionamento interpessoal e às relações pai-mãe-criança.

O cuidado materno pode ser prejudicado pela doença depressiva materna, principalmente quando esta coincide com os primeiros anos de vida da criança, aumentando a probabilidade de esta desenvolver problemas de saúde mental (SÁ *et al.*, 2010).

Uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo é o Transtorno Depressivo, mais prevalente em mulheres que em homens. Elas estão sob maior risco de

desenvolver o problema no período pós-parto. A depressão pós-parto afeta cerca de 15% das mulheres, e em países de baixa e média renda, os transtornos mentais comuns (incluindo depressão) chegam a atingir 19,8% das mulheres (HERBA, 2014).

Muitas crianças, portanto, estarão expostas à depressão materna, considerada fator de risco para problemas emocionais, comportamentais, cognitivos, físicos e neurológicos na infância (HERBA, 2014).

Em vista da importância dessa patologia materna, em específico, nosso estudo focou no efeito do **humor depressivo** materno sobre a saúde mental de suas crianças. O humor depressivo materno é pontuado como positivo no SRQ se um “sim” for atribuído às questões 6, 9 e 10, que se referem aos sentimentos de tensão/preocupação, tristeza ou a choro constante.

Além da relação com sintomatologia psiquiátrica na criança (classificação geral do CBCL), as associações estatisticamente significativas foram estabelecidas entre **humor depressivo materno e sintomas externalizantes, comportamento agressivo e problemas de atenção**.

Tais achados são apoiados por pesquisas que indicam que mães com depressão, principalmente no caso de depressão crônica, são menos sensíveis em relação a seus bebês e suas crianças pequenas, brincam e falam com eles menos frequentemente, e estabelecem práticas disciplinares e limites menos apoiadores e menos adequados à idade do que mães não deprimidas. Crianças cujas mães apresentam sintomas depressivos crônicos são mais propensas a mostrar níveis mais baixos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem, a mostrar-se menos cooperativas e a ter maior dificuldade para controlar a raiva e o comportamento agressivo (NICHD EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK, 1999).

Foram significativas também as associações de **humor depressivo com sintomas internalizantes, queixas somáticas, ansiedade/depressão, reatividade emocional e problemas para dormir**.

Catherine M. Herba (2013), usando dados de um estudo longitudinal de base populacional de crianças acompanhadas prospectivamente desde os 5 meses até 5 anos, descobriu que as crianças expostas a sintomas depressivos maternos durante o período pré-escolar estavam em risco elevado para sintomas internalizantes (problemas emocionais e de ansiedade), mas que o risco desses problemas foi significativamente reduzido se elas receberam serviços de cuidados infantis precoces.

A depressão materna se constitui em um problema que pode afetar seriamente a relação mãe-bebê, principalmente quando não há ninguém que possa apoiar e/ou substituir as

funções maternas comprometidas pela depressão. Por não receber um *feedback* de seus comportamentos, o bebê pode desenvolver também um estilo de interação deprimido (FRIZZO; PICCININI, 2005).

A mãe desabitada de amor seria a mãe com depressão, cuja vinda do filho não é suficiente para lhe fazer querer viver, ou a mãe para quem, por questões inconscientes de sua prévia história, a chegada da criança causa uma reação depressiva. Tal situação pode causar ao bebê também um estado depressivo, com reações de evitar o contato que podem ser confundidas com sintomas do autismo (BERNARDINO; LAZNIK; ARAÚJO, 2011).

A única associação não estatisticamente significativa, em nosso estudo, foi entre **humor depressivo materno e problemas para dormir.**

Esse achado de nosso estudo não é corroborado pela literatura e pode se dever ao pequeno tamanho da amostra com SRQ positivo para pensamentos depressivos, pois, segundo Frizzo e Piccinini (2005), quando a mãe não está emocionalmente disponível às demandas do bebê, como, por exemplo, nos casos de depressão materna, os comportamentos atentos e afetivos maternos e do bebê se tornam assíncronicos. O bebê acaba sendo privado, temporária ou permanentemente, da mãe enquanto importante regulador externo da estimulação, o que lhe acarreta falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos também atentos e afetivos em relação à mãe, podendo lhe causar, futuramente, problemas de socialização.

Os resultados de nosso estudo corroboram as teorias de que a depressão materna é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de morbidades psiquiátricas na primeira infância. Na *The Lancet Psychiatry*, Nienke Verkuyl e colaboradores relatam um estudo longitudinal na África do Sul para investigar a associação entre sintomas de depressão materna pós-natal e desenvolvimento psicológico de crianças aos 10 anos de idade. Crianças cujas mães tinham sintomas de depressão aos 6 meses pós-parto tinham duas vezes mais chances de ter problemas psicológicos aos 10 anos de idade do que as crianças cujas mães não tinham depressão (HERBA, 2014).

Uma pequena amostra, apenas cinco mães, tiveram SRQ positivo para **pensamentos depressivos**, ou seja, atribuíram “sim” às questões 14, 15, 16 e 17, que se referem à sensação de incapacidade de desempenhar um papel útil na vida, ao desinteresse pelas coisas, ao sentimento de inutilidade ou à ideia de acabar com a própria vida. As associações estatisticamente significativas foram entre pensamentos depressivos e queixas somáticas, ansiedade/depressão e reatividade emocional, ou seja, três dos sintomas internalizantes.

Segundo estudo transversal conduzido em comunidade urbana de baixa renda de Embu-SP, um dos fatores estatisticamente associados a problemas de saúde mental em crianças/adolescentes é a ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe. Nesse estudo, foram encontradas altas taxas de violência intrafamiliar grave e de problemas de saúde mental das mães segundo SRQ-20 (47,8% das mães apresentavam sintomas sugestivos de ansiedade/depressão, 23,9% das mães já haviam pensado em suicídio) (SÁ *et al.*, 2010).

Estudos prospectivos são necessários para elucidar como os tipos de estressores que as crianças experimentam em diferentes pontos de desenvolvimento afetam as respostas fisiológicas e comportamentais aos desafios subsequentes. Compreender os mecanismos através dos quais o estresse sofrido na infância fica “sob a pele” deve nos ajudar a identificar alvos de intervenção e prevenção, tendo assim amplas implicações para políticas e práticas.

Pesquisas de estresse ainda não explicam os processos e mecanismos através dos quais o apoio social protege contra os efeitos nocivos do estresse, neste caso, a mãe ausente deprimida.

A extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende, ainda, de vários fatores, como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo. Tais fatores ainda necessitam ser mais estudados isoladamente.

O estresse materno significativo durante a gravidez e a falta de cuidados maternos durante a infância afetam o desenvolvimento do sistema de estresse em animais jovens e altera genes que estão envolvidos no cérebro em desenvolvimento. Experiências positivas após a infância em animais jovens, como estar exposto a um ambiente rico em oportunidades de exploração, demonstraram compensar, em algum grau, consequências comportamentais negativas de estresse pré-natal e negligência pós-natal. Em tais casos, cuidados precoces positivos podem diminuir a probabilidade desses resultados adversos, demonstrando que as **influências ambientais benéficas** podem moderar o impacto da vulnerabilidade genética (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2014).

A depressão materna se constitui em um problema que pode afetar seriamente a relação mãe-bebê, principalmente quando não há ninguém que possa apoiar e/ou substituir as funções maternas comprometidas pela depressão. Quando o pai está presente, seu papel como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança e é de grande relevância para a família. Uma interação positiva pai-bebê pode

compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Em vista disso, filhos de mães com sintomas depressivos poderiam ser beneficiados por serviços de acolhimento para crianças de mães deprimidas, que forneçam cuidados infantis regulares, baseados em um grupo de cuidados (dentro de um ambiente familiar ou centro). Esses serviços podem ser implementados como medida de saúde pública para reduzir o efeito negativo da depressão materna na saúde mental das crianças, e, sugerimos, a partir das conclusões deste estudo, que um serviço interventivo para mães deprimidas seja implementado no IPREDE.

Intervenções que melhoram o apoio econômico e emocional de crianças submetidas a estresse considerável demonstraram melhorar o ajuste comportamental e emocional e a regulação normativa do eixo HPA. Esta pesquisa também descobriu que a terapia comportamental, bem como a terapia medicamentosa, podem causar alterações neurobiológicas em indivíduos que sofrem os efeitos psicológicos do estresse (GUNNAR; HERRERA; HOSTINAR, 2009).

Políticas públicas são necessárias, e há a necessidade de fortalecer uma série de serviços informais e formais para apoiar pais que estão lutando para cuidar de seus filhos; de disponibilizar assistência especializada acessível aos pais e profissionais de cuidados infantis precoces para capacitá-los com os conhecimentos e habilidades para ajudar as crianças que apresentam sintomas de estresse anormal, respondendo antes que esses problemas produzam patologia; e de aumentar a disponibilidade de avaliação e tratamento para crianças pequenas com problemas de saúde mental relacionados ao estresse.

Este estudo implica em reforço para a pesquisa na área de saúde mental materna, corroborando com pesquisas já existentes sobre o tema, e destacando a importância de se desenvolverem medidas interventivas no ramo.

Para a gestão do IPREDE ou de outros serviços de saúde, ressaltamos a importância de cuidar das mães que manifestem sintomas de depressão, tanto para a saúde mental da mãe como para a saúde mental da criança que virá, e sugerimos a abordagem de possíveis sintomas depressivos da mãe, ainda nas consultas de pré-natal, em uma espécie de “pré-natal psicológico”. Abordar o tema com as mães para que reconheçam sintomas e busquem ajuda, e conheçam a repercussão de problemas mentais maternos para a saúde de seus filhos, ainda no pré-natal pelo obstetra, ou pelo pediatra no puerpério e primeiro ano de vida da criança, deveria se tornar medida de prevenção e promoção de saúde pública, já que

os estudos comprovam como realmente a depressão materna pode implicar no surgimento de problemas psiquiátricos na infância.

Outra sugestão seria o desenvolvimento de um grupo de apoio a mães deprimidas, onde se exerça tanto a prática da terapia em grupo com as mães, como o acolhimento dos bebês em grupos de cuidado regular.

Os **produtos** do presente estudo serão a dissertação, um artigo científico e um relatório sobre nossas conclusões para o IPREDE, a fim de guiar o serviço na abordagem com as mães sobre os sintomas depressivos maternos e a importância de reconhecê-los e tratá-los antes que prejudiquem a saúde mental de suas crianças.

7 LIMITAÇÕES

Uma das limitações deste tipo de estudo, é a veracidade das informações coletadas. Muitas das mães cujos filhos recebem acompanhamento no IPREDE podem sentir-se receosas de responder que não desejaram seus filhos quando souberam da gestação, ou que consumiram álcool enquanto estavam grávidas. O próprio medo de ser julgada pode causar uma resposta que não corresponde à realidade, por parte da mãe.

Outra limitação de nosso estudo seria o fato de todas as mães entrevistadas terem filhos acompanhados no IPREDE, e serem de classe social baixa. Talvez, se o mesmo estudo fosse aplicado em outra classe social, obtivéssemos resultados diferentes. A amostra pode não ser representativa de outras classes sociais.

8 CONCLUSÕES

A percepção de que as crianças pequenas podem ter sérios problemas de saúde mental, incluindo distúrbios de ansiedade e sinais de depressão acompanhados pelo mesmo tipo de alterações cerebrais observadas em eletroencefalogramas em adultos clinicamente deprimidos, são notícias surpreendentes para a maioria das pessoas.

À medida que as crianças crescem e se tornam adultos maduros, elas inevitavelmente serão confrontadas com desafios, tanto previsíveis (por exemplo, começar o primeiro dia da escola) como imprevisíveis (por exemplo, a perda de um ente querido). Esses desafios proporcionam às crianças a oportunidade de aprender a gerenciar eficazmente o estresse, regular as emoções e desenvolver os recursos de enfrentamento social, comportamental e cognitivo necessários para superar esses obstáculos. A presença de cuidadores sensíveis e responsivos pode ajudar a equipar as crianças com as ferramentas necessárias para lidar com o estresse de maneira saudável.

Nos casos de mães em depressão, como vimos, o cuidado dispensado por elas, nos primeiros anos de vida, estará prejudicado. Os bebês têm maior vulnerabilidade ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe. A falta de responsividade da mãe nos primeiros meses de vida pode provocar uma mudança no desenvolvimento do bebê, com implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna.

Os resultados de nosso estudo corroboram as teorias já existentes, relatadas em diversos estudos prévios, de que a depressão materna é um dos principais fatores de risco para

o desenvolvimento de morbidades psiquiátricas na primeira infância. Confirmamos que filhos de mães deprimidas apresentam maiores chances de desenvolver problemas de saúde mental, tanto externalizantes como internalizantes.

Apesar da disponibilidade de um conhecimento rico e extensivo sobre o desenvolvimento emocional e social das crianças pequenas, incluindo a sua neurobiologia subjacente, as políticas atuais da primeira infância se concentram principalmente na cognição, na linguagem e na alfabetização precoce. As políticas que abordam as necessidades emocionais e comportamentais das crianças são a exceção, não a regra. Há uma lacuna entre o que “conhecemos” sobre o desenvolvimento emocional saudável e o gerenciamento de dificuldades comportamentais e o que “fazemos” através de políticas e programas públicos

Em resumo, concluímos que existem associações estatisticamente significativas entre morbidade psiquiátrica materna e sintomatologia psiquiátrica na criança, sintomas externalizantes, comportamento agressivo, problemas de atenção, sintomas internalizantes, problemas de socialização, ansiedade/depressão e reatividade emocional.

Além disso, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre humor depressivo materno e sintomatologia psiquiátrica na criança, sintomas externalizantes, comportamento agressivo, problemas de atenção, sintomas internalizantes, queixas somáticas, ansiedade/depressão, reatividade emocional e problemas para dormir. E as associações estatisticamente significativas com pensamentos depressivos foram apenas queixas somáticas, ansiedade/depressão e reatividade emocional.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2000.

_____. **Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – AAP. **Adverse Childhood Experiences and the lifelong Consequences of trauma**. Illinois: AAP, 2012. Disponível em: <<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/healthy-foster-care-america/Pages/Trauma-Guide.aspx>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BERNARDINO, L. M. F.; FERNANDES, C.M. (Org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERNARDINO, L. M. F.; LAZNIK, M. C.; ARAÚJO, G. X. As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 35, p. 49-56, jul. 2011.

BERNARDINO, L.; LICHT, R. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. **Revista Psicanálise e Clínica de Bebês**, Curitiba, 2000.

CAMPBELL, S. B. **Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues**. 2. ed. Nova York: Guilford Press, 2002.

CLARK, R.; TLUCZEK, A.; BROWN, R. A mother-infant therapy group model for postpartum depression. **Infant Mental Health Journal**, v. 29, n. 5, p. 514-536, 2008.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

GOODMAN, S. H. Depression in mothers. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 3, p. 107-135, 2007.

GOODMAN, S. H.; GOTLIB, I. H. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, v. 106, n. 3, p. 458-490, 1999.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, Narcisismo de morte**. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1988.

GUNNAR, M. R.; HERRERA, A.; HOSTINAR, C. E. **Stress and early brain development**. Minnesota: University of Minnesota, 2009. (Encyclopedia on Early Childhood Development).

HERBA, Catherine M. Maternal depression and child behavioural outcomes. **The Lancet Psychiatry**, v. 1, nov. 2014.

_____. Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: can early child care help children of depressed mothers? **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 8, p. 830-838, 2013. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1361

HOWELL, E. A.; MORA, P. A.; DIBONAVENTURA, M. D.; LEVENTHAL, H. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. **Archives of Women's Mental Health**, v. 12, n. 2, p. 113-120, 2009.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of self-reporting questionnaire. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1988.

KESSLER, R. C. The epidemiology of depression among women. In: KEYES, C. L.; GOODMAN, S. H. (Ed.). **Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences**. Nova York: Cambridge University Press, 2006. p. 22-37.

MCEWEN, Bruce S.; GIANAROS, Peter J.. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. **Ann N Y Acad Sci.**, v. 1186, p. 190-222, fev. 2010. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **Children's emotional development is built into the architecture of their brains: working paper 2**. Boston: Harvard, 2004. Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2004/04/Childrens-Emotional-Development-Is-Built-into-the-Architecture-of-Their-Brains.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. **Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: working paper 3**. Boston: Harvard, 2014. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2017.

NICHD EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. **Developmental Psychology**, v. 35, n. 5, p. 1297-1310, 1999.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **International Review of Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 37-54, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)**. Genebra: OMS, 1994.

SÁ, D. G. Fatori de *et al.* Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 643-652, out.-dez. 2010.

- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SANTOS, R. G. H. *et al.* Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, Campinas, 2017.
- SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; Muller, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Revista Psico-USF**, Porto Alegre, 2005.
- SILVEIRA, R. A. M.; MILANI, R.G.; VELHO, A. P. M.; MARQUES, A. G. Percepção de gestantes sobre o autocuidado e o cuidado materno. **Rev Rene.**, Maringá, v. 17, n. 6, p. 758-65, nov.-dez. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância. **Manual de Orientação**, n. 3, jun. 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/06/Ped.-Desenv.-Comp.-MOrient-Papel-pediatra-prev-estresse.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- SPITZ, René Arpad. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- SZÉKELY, E. *et al.* Maternal depressive symptoms and sensitivity are related to young children's facial expression recognition: the Generation R study. **Development and Psychopathology**, v. 26, p. 333-345, 2014. doi:10.1017/S0954579413001028.
- THEME FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.
- WINNICOTT, Donald W. **A família e o desenvolvimento individual**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- _____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E FAMILIAR

ANEXO D – ESCALA *SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE* (SRQ-20)

**ANEXO E – INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS ENTRE 1½-
5 ANOS, VERSÃO PARA PAIS (CBCL - CHILD BEHAVIOR CHECKLIST)**