



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Rafaela de Almeida Schiavo**

**Desenvolvimento Infantil: associação com estresse,  
ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano  
de vida**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutor(a) em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof(a). Dr(a). Gimol Benzaquen Perosa

**Botucatu  
2016**

# **Rafaela de Almeida Schiavo**

**Desenvolvimento Infantil: associação com estresse,  
ansiedade e depressão materna, da gestação ao  
primeiro ano de vida**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutor(a) em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu  
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Schiavo, Rafaela de Almeida.

Desenvolvimento infantil : associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida / Rafaela de Almeida Schiavo. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa

Capes: 40602001

1. Crianças - Desenvolvimento. 2. Gravidez. 3. Saúde mental. 4. Estudos longitudinais.

Palavras-chave: Delineamento longitudinal; Desenvolvimento infantil; Práticas parentais; Saúde mental materna.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA**

Aos 04 dias do mês de fevereiro do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro do Depto. de Saúde Pública - FM/Botucatu - Unesp, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ANA TERESA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES do(a) Depto. de Psicologia / FC/Bauru - Unesp, Profa. Dra. SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO do(a) PUC/ Campinas, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO, intitulada **Desenvolvimento Infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: aprovado . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

  
Profa. Dra. GIMOL BENZAQUEN PEROSA  
Profa. Dra. ANA TERESA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA  
Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI  
Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES  
Profa. Dra. SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO

## AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, pois sem a participação das mesmas este trabalho não seria possível de forma alguma. Agradeço de forma especial àquelas que aceitaram participar das três etapas.

Agradeço minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gimol Benzaquem Perosa, pela dedicação para com esse trabalho e atenção para comigo.

À FAPESP pelo auxílio financeiro prestado à parte desta pesquisa, bem como ao Programa de Saúde Coletiva por ter me contemplado com bolsa CAPES.

Agradeço também a contribuição da banca composta pelas professoras Dr<sup>a</sup>. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues; Dr<sup>a</sup> Flávia Helena Pereira Padovani; Dr<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e Dr<sup>a</sup>. Sônia Regina Fiorim Enumo.

Agradeço meu marido, Renato de Oliveira Diogo, que sempre me apoiou e incentivou não só em minha vida acadêmica, como também em todas as outras áreas da minha vida.

Não posso deixar de agradecer meus pais, José Luiz Schiavo e Maximina Francisca Almeida, por terem feito sempre o possível para contribuir para que meus sonhos se tornassem realidade.

E finalmente agradeço aos meus queridos alunos que me ajudaram na coleta de dados nas três etapas desta pesquisa, João Gabriel Bertucci Lima; Allana Guerra; Vanessa Regína Clerís Tiosso; Natália Vanzo Garcia e Jéssica Silva Lopes da Penha, bem como agradeço a amiga Eloisa Pelizzon Dib, mestranda em Saúde Coletiva, que também me ajudou muito na coleta de dados para este trabalho.

*“[...] o que coloca mais em risco a vida do bebê antes de nascer não é a reação físico-hormonal da mãe ao acontecimento, e, sim, a sua perturbação emocional mais persistente.”*

**WILHEIM, J: A caminho do nascimento: uma ponte entre o biológico e o psíquico” (2003) (p.181).**

## RESUMO

SCHIAVO, R.A. **Desenvolvimento infantil**: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida. 2016. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Ainda são escassas as pesquisas longitudinais sobre o papel da saúde mental materna, nos períodos antes e após o nascimento, no desenvolvimento do bebê e nas práticas e cuidados parentais. O objetivo deste trabalho foi estudar a associação entre os sintomas de ansiedade, estresse e depressão, desde o terceiro trimestre de gestação até 14 meses após o parto para o desenvolvimento da criança durante o primeiro ano de vida, e o papel de variáveis sociodemográficas e de práticas educativas. Participaram da primeira fase deste estudo 320 gestantes no último trimestre gestacional, usuárias do Sistema Único de Saúde, de três cidades do interior paulista. Elas responderam a uma entrevista inicial e a questionários para avaliar ansiedade (IDATE), estresse (ISSL) e depressão (BDI). Seis meses após o nascimento do bebê, a pesquisadora agendava uma visita na residência da mãe para nova avaliação. Na segunda fase, participaram 200 díades mãe-bebê. As mães responderam aos mesmos instrumentos aplicados na fase anterior e o desenvolvimento da criança foi avaliado por meio de um teste de rastreio (Escala de Denver II). Aos 14 meses, reavaliou-se o desenvolvimento de 149 crianças, as mães responderam novamente aos questionários para avaliação de saúde mental, além de um questionário de práticas de cuidados parentais e a importância atribuída a esses aspectos (E-CPPC). Primeiramente, procedeu-se à análise descritiva; em seguida, realizaram-se análises bivariadas e, com as associações significativas, com valor de  $p < 0,20$ , foram montados modelos de regressão logística para identificar fatores de risco e proteção para os sintomas mentais e para o desenvolvimento da criança. O nível de significância adotado foi de  $p < 0.05$ . Houve risco para o desenvolvimento aos seis meses em 40% das crianças e 31% aos 14 meses. A porcentagem de mulheres com sintomas de ansiedade, estresse e depressão foi significativamente maior na gestação, decresceu no pós-parto, com baixa incidência aos 6 e 14 meses. Dentre todas as variáveis estudadas, o atraso na área de linguagem aos 14 meses se associou com estresse materno no 14º mês pós-parto e com crenças maternas inadequadas de estimulação. A falta de associação entre problemas mentais maternos e desenvolvimento pode ter ocorrido por se tratar de uma relação mais complexa e não linear, que envolve outras variáveis da mãe, da criança e a interação entre elas, que devem ser levadas em conta em pesquisas futuras. A porcentagem de mães com problema de saúde mental gestacional e atrasos no desenvolvimento infantil, mostra a importância de políticas públicas a serem executadas nos serviços de pré-natal, que poderiam ajudar na prevenção e promoção de saúde mental materna e o desenvolvimento da criança.

**Palavras-Chave:** Saúde mental materna. Práticas Parentais. Desenvolvimento infantil. Delineamento longitudinal.

## ABSTRACT

SCHIAVO, R.A. **Child development:** association with stress, anxiety and maternal depression, in pregnancy until the first year. 2016. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Longitudinal studies about the maternal mental health's role in the antenatal and postpartum period, during child development and in parental practice and care are still scarce. The aim of this research was to study the association between anxiety symptoms, stress and depression, since the third trimester until fourteen months after birth to the child's development during the first year, and the role of socio demographic variables and educational practices. 320 pregnant women in their last trimester, users of SUS (Brazilian National Health Program) from three São Paulo State's cities took part in this study. They answered an initial interview and questionnaires to evaluate anxiety (IDATE), stress (ISSL) and depression (BDI). Six months after birth, the researcher would schedule an interview in the mother's residence to reevaluate. During the second phase, 200 mother-baby dyads participated. Mothers responded to the same materials applied in the previous phase and child development was evaluated through a screening test (Denver Scale II). At 14 months, the development of 149 children was reassessed, the mothers once more answered the questionnaires to evaluation of mental health and also a questionnaire about parental care practice and attributed importance (E-CPPC). First, descriptive statistics were developed and next bivariate analysis and, with significant associations, with a  $p < 0.20$  value logistic regressions models were built to identify risk factors and protection to mental symptoms and to child development. The significance level adopted was of  $p < 0.05$ . A development risk was identified at six months in 40% of children and 31% at 14 months. The percentage of women with anxiety, stress and depression symptoms were significantly higher during gestation, decreased in afterbirth, with low incidence at 6 and 14 months. Amongst all variables studied, a delay in the language area at fourteen months was associated with maternal postpartum stress in the fourteenth month afterbirth and with inadequate maternal beliefs about stimulation. The lack of association between maternal mental issues and development may have occurred because it is a more complex relationship that has other variables of mother, child and the interaction between them, which should be looked at in future research. The percentage of mothers with mental health gestational issues shows the importance of public politics to be executed at pre-natal services, which could help with prevention and promotion of maternal mental health and child development.

Keywords: Maternal mental health. Parental Practice. Child development. Longitudinal delineation.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos sobre a prevalência de depressão pré e pós-parto.....	19
Quadro 2 - Estudos sobre sintomas de depressão pré e pós-parto e desenvolvimento infantil.	22
Quadro 3 - Estudos sobre estresse pré e pós-parto e desenvolvimento infantil.....	27
Quadro 4 - Estudos sobre ansiedade pré e pós-parto e desenvolvimento infantil.....	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Motivos da exclusão de sujeitos para a segunda e terceira etapa da pesquisa.....	35
Tabela 2 - Dados sociodemográficos e clínicos da amostra inicial.....	42
Tabela 3- Comparação do grupo de perda e de mulheres que completaram a segunda e terceira etapa da pesquisa, em relação às características sociodemográficas e de saúde.....	43
Tabela 4 - Comparação do grupo de perdas e de mulheres que completaram a segunda e terceira etapa da pesquisa, em relação à saúde mental.....	44
Tabela 5 - Comparação das medianas de ansiedade traço/estado, e depressão do grupo de mulheres que participaram das três etapas da pesquisa (N=139).....	45
Tabela 6 - Comparação da porcentagem de mulheres que pontuaram para ansiedade traço/estado, estresse e depressão na gestação, aos seis e quatorze meses pós-parto (N=139).....	45
Tabela 7 - Incidência de ansiedade traço/estado, estresse e depressão no 6º e 14º mês pós-parto (N=139).....	46
Tabela 8 - Condições de parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê (N=200).....	47
Tabela 9 - Caracterização dos bebês ao nascer, alimentação e guarda aos seis meses (N=200).....	48
Tabela 10 - Desenvolvimento neuropsicomotor do bebê aos 6 e 14 meses.....	49
Tabela 11 - Comparação da porcentagem de bebês em risco para o desenvolvimento e com atraso nas subáreas aos seis e quatorze meses.....	50
Tabela 12 - Modelo de regressão logística para sintomas de ansiedade traço no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto.....	52
Tabela 13 - Modelo de regressão logística para sintomas de estresse no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto.....	53
Tabela 14 - Modelo de regressão logística para sintomas de depressão no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto.....	54
Tabela 15 - Regressão logística para amamentação ao seio, percepção do comportamento do bebê e da maternidade aos seis meses pós-parto.....	54
Tabela 16 - Regressão logística para chance de atraso por área do desenvolvimento aos seis meses de vida.....	56
Tabela 17 - Associação entre desenvolvimento neuropsicomotor do bebê aos seis meses com o desenvolvimento neuropsicomotor ao quatorze meses (N=139).....	57
Tabela 18 - Frequência e porcentagem de práticas e crenças parentais mais e Menos adequadas.....	58
Tabela 19 - Regressão Logística para cuidados primários e estimulação dentre as variáveis sociodemográficas.....	58
Tabela 20 - Regressão Logística para crenças de estimulação inadequadas, dentre as e variáveis sociodemográficas.....	59
Tabela 21 - Regressão logística para atraso no desenvolvimento na área de linguagem e motor amplo aos 14 meses associado à importância dada a práticas menos adequadas de estimulação.....	59

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
2.1 O Conceito de Desenvolvimento	14
2.2 Saúde Mental Materna	17
2.2.1 Depressão materna e desenvolvimento infantil	17
2.2.2 Estresse materno e desenvolvimento infantil	24
2.2.3 Ansiedade materna e desenvolvimento infantil	28
2.2.4 Práticas Educativas	32
<b>3 OBJETIVOS</b>	33
3.1 Objetivo Geral	33
3.2 Objetivo Específico	33
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b>	34
4.1 Contexto da Pesquisa	34
4.2 Participantes do Estudo	34
4.3 Instrumentos	35
4.4 Aspectos Éticos	38
4.5 Procedimentos	38
4.6 Análise dos Dados	39
4.6.1 Preparo dos dados	39
4.6.2 Análise estatística	39
<b>5 RESULTADOS</b>	41
5.1 Tópico 1 - Caracterização da amostra	42
5.2 Tópico 2 - Fatores de risco e de proteção à saúde mental materna dentre as variáveis sociodemográficas, de parto e nascimento e de saúde mental materna, no terceiro trimestre gestacional, aos 6 e 14 meses pós-parto	51
5.3 Tópico 3 - Fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil aos 6 e 14 meses pós-parto, dentre as variáveis sociodemográficas maternas, condições de parto e nascimento e indicadores de saúde mental materna antes e após o parto	55
5.4 Tópico 4 - Variáveis sociodemográficas materna e desenvolvimento neuropsicomotor relacionadas às práticas e crenças parentais de cuidados e estimulação infantil aos 6 e 14 meses	58
<b>6 DISCUSSÃO</b>	60
<b>7 CONCLUSÃO</b>	86
REFERÊNCIAS	90
ANEXO A- E-CPPC	124
ANEXO B – DENVER II	127
ANEXO C – Aprovação do comitê de ética em pesquisa	128
ANEXO D – Autorização de Coleta no CSE – Botucatu	129
ANEXO E – Autorização de Coleta nas UBS – Bauru	130
ANEXO F – Autorização de Coleta nas UBS – São Manuel	131
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	132
APÊNDICE B – Entrevista Inicial	133
APÊNDICE C – Questionário de parto, nascimento e primeiros cuidados	134
APÊNDICE D – Chance de risco de atraso no desenvolvimento aos 6 e 14 meses de vida e variáveis do terceiro trimestre, parto, nascimento e cuidados	136
APÊNDICE E – Associação entre práticas de cuidados maternos e desenvolvimento neuropsicomotor aos 14 meses	137

APÊNDICE F – Associação entre práticas de estimulação materna e desenvolvimento aos 14º meses	138
APÊNDICE G – Frequência e porcentagem de gestantes com sintomas de ansiedade, estresse e depressão, no terceiro trimestre de gestação (N=320)	139
APÊNDICE H – Chance de atraso no desenvolvimento na área Motor Adaptativo aos seis meses de vida	140
APÊNDICE I - Regressão logística para chance de atraso no desenvolvimento na área de Linguagem aos seis meses de vida	141

## 1 INTRODUÇÃO

Frente a um novo quadro epidemiológico e à redução significativa nos índices de mortalidade infantil, o acompanhamento sistemático da criança passou a ser uma das prioridades do atual modelo de saúde brasileiro. Esse acompanhamento tem como uma das finalidades detectar os problemas de desenvolvimento, um dos agravos mais prevalentes na infância e na adolescência. Procura-se diagnosticar atrasos, o mais precocemente possível, identificar fatores de risco e proteção, tanto biológicos como ambientais, para intervir e melhorar o prognóstico e qualidade de vida dessas crianças (FIGUEIRAS et al., 2003; MARCACINE; ORATI; ABRÃO, 2012).

Estudos recentes têm demonstrado a grande influência da mãe e/ou do cuidador primário no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança (ENGLE, 2009; LAUTCH; ESSER; SCHIMIDT, 2001; MANFRO, 2005; MOTTA; LUCION). A capacidade materna de cuidar adequadamente do filho e de aperfeiçoar os recursos disponíveis parece amenizar o impacto de um contexto desfavorável, especialmente durante os primeiros anos de vida, nos períodos denominados sensíveis ou críticos do desenvolvimento. Um desempenho materno adequado pode diminuir os efeitos dos fatores estressantes dos meios interno e externo do bebê. Entretanto, quando a mãe não consegue prover proteção e estimulação adequada, as chances de prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor aumentam significativamente, com repercussões a médio e longo prazo (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005).

Na literatura, já se identificaram algumas características da mãe que não consegue desempenhar a função de proteção, como o baixo nível socioeconômico, a baixa instrução, prole numerosa, diferentes concepções e valores na educação de filhos (CARVALHO; SILVA, 2014; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; LORDELO, 2002). Da mesma forma, experiências adversas presentes no ambiente familiar, como conflitos, doença crônica, violência e maus-tratos, também foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento (ENGLE, 2009).

Nas últimas décadas, a essas variáveis adicionou-se o estado psicológico materno como fator associado a efeitos negativos no desenvolvimento infantil, especialmente se as alterações psicológicas forem graves e persistentes (BANSIL et al., 2010; ENGLE, 2009; FRIZZO; PICCININI, 2005; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003). Apesar de este tema ter se tornado foco de pesquisas e de ações em serviços de saúde, ainda há muito a pesquisar. Até o momento, a maioria dos estudos foi realizada em países desenvolvidos (LIMA; TSUNECHIRO, 2008) e se centraram na

depressão pós-parto, com poucas pesquisas da depressão no período pré-natal e suas possíveis repercussões nos desfechos perinatais e na vida posterior da mulher e da criança (EVANS et al., 2001; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; SILVA et al., 2012).

Com relação ao estresse e à ansiedade, revisões da literatura constataram que são escassos os estudos, tanto do período pré como pós-natal (CORREIA; LINHARES, 2001), que os sintomas de ansiedade são incorporados nos diagnósticos de depressão ou são negligenciados quando ocorrem isoladamente (MILLER; PALANT; NEGRI, 2006) o que tornam necessárias pesquisas que avaliem sintomas de depressão, ansiedade e estresse de forma independente e que se aprofundem as investigações sobre a influência desses quadros no desenvolvimento do bebê.

A escassa produção de pesquisas longitudinais no âmbito nacional limita a avaliação processual. Segundo Macarini et al. (2010), os estudos longitudinais, geralmente, requerem a articulação de um ou mais grupos de pesquisa, além de alto investimento financeiro, o que dificulta sua operacionalização e justifica a falta de estudos com este tipo de delineamento. No entanto, quando se trata da evolução de processos ou da avaliação de cronicidade, como, por exemplo, dos transtornos mentais maternos e sua relação com o desenvolvimento infantil, o delineamento longitudinal é o mais adequado.

Para compreender a complexidade do fenômeno, é preciso considerar, também, que a relação entre o estado psicológico materno e o desenvolvimento infantil não é linear. Há indícios de que os efeitos adversos dos quadros de saúde mental são mediados tanto por variáveis sociodemográficas (ARAÚJO, 2003; LORDELO, 2002), como por práticas educativas e interativas insatisfatórias (ARAÚJO, 2002; ENGLE, 2009; GOMIDE, 2005; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; SCHWENGBER; PICCININI, 2005).

Frente ao exposto, há necessidade de ampliar os estudos com delineamento longitudinal nesta área, focalizando a avaliação do estresse, ansiedade e depressão materna, antes e após o nascimento, e suas consequências no desenvolvimento da criança durante o primeiro ano de vida, tentando identificar fatores de risco e proteção, assim como a possível influência de variáveis sociodemográficas e das condições de nascimento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O conceito de desenvolvimento

O desenvolvimento humano é um conceito amplo que se refere às transformações que incluem o crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Para Sapienza e Pedromônico (2005), o desenvolvimento neuropsicológico tem um caráter multifatorial, fruto de variáveis genéticas, biológicas e psicossociais que produzem mudanças constantes nas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas, muitas vezes, agindo em conjunto e de forma cumulativa.

São vários os instrumentos que têm sido utilizados nas pesquisas com crianças pequenas para avaliar o desenvolvimento infantil: a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (BSID); o Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver (TTDD); a Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda (EDCGA); o Inventário Portage Operacionalizado (IPO) entre outros, poucos validados para a população brasileira. As escalas permitem comparar o desenvolvimento de uma criança de determinada idade com as normas padrão estabelecidas para aquela mesma idade e, assim, identificar se a criança realiza (ou não) um comportamento que, em geral, faz parte do repertório de crianças da mesma idade. A identificação precoce de insucessos no desenvolvimento infantil pode permitir o encaminhamento para clínicas de estimulação sistemática, otimizando, assim, o desenvolvimento infantil e orientações aos pais e/ou cuidadores (FORMIGA et al., 2004; RODRIGUES, 2003).

Para compreensão dos processos desenvolvimentais deve-se levar em conta a complexa combinação de influências que podem ter diferentes desfechos, remetendo à necessidade de abordar os fatores e mecanismos de risco e proteção (RUTTER; SROUFE, 2000). Os fatores de risco, que influenciam de maneira complexa e adversa o desenvolvimento infantil, são condições ou variáveis associadas à alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis (REPPOLD et al., 2002). Podem ser fatores de risco estabelecidos, risco biológico e risco ambiental, ocorrer antes, durante e depois do nascimento (RODRIGUES, 2003).

Os fatores de risco estabelecido seriam de origem genética, erros inatos do metabolismo e malformações congênitas. Entre os riscos biológicos, estariam acontecimentos pré, peri e pós-natais, como a prematuridade, o baixo peso ao nascimento e as complicações no parto e na gravidez. Já entre os fatores de risco ambiental estão várias experiências adversas, como a falta de recursos sociais, os conflitos familiares, a morte, a doença crônica,

os problemas de saúde mental do cuidador e a violência e maus-tratos, ou seja, um conjunto de variáveis de um meio caótico que influenciam o desenvolvimento humano desde o nascimento (FIGUEIRAS et al., 2005; WACHS; EVANS, 2010).

Difícilmente estas variáveis costumam estar isoladas ou são independentes. No geral, elas têm uma associação interativa e, portanto, se constituem em mecanismos de risco, aumentando a probabilidade ou desencadeando um desfecho desenvolvimental negativo para o indivíduo. Segundo o modelo transacional do desenvolvimento, há uma integração indissociada entre pessoa e contexto, envolvendo ações e reações, que pode evoluir e ao longo do tempo, modificar-se, e, portanto, as partes não podem ser separadas do todo e as previsões só podem ser feitas baseando-se em interações pontuais de múltiplos sistemas (SAMEROFF, 2010).

Fazendo contraponto com os fatores de risco, os fatores de proteção consistem em aspectos individuais e/ou ambientais que atenuam, modificam ou melhoram os efeitos negativos do risco, no desenvolvimento e na adaptação. Os fatores de proteção podem desencadear mecanismos de proteção. Se de um lado estão os fatores de proteção individual, a habilidade para solucionar problemas, a qualidade do relacionamento com pares e adultos, a competência, a eficácia e a identificação com modelos competentes, do outro, a capacidade de proteção se estende às variáveis contextuais, envolvendo, principalmente, os vários níveis de suporte social (HAGGERTY et al., 2000). Nesse contexto, o comportamento da família e especialmente do cuidador primário (a mãe) tem um papel decisivo de proteção ao desenvolvimento de crianças expostas a riscos físicos e as que vivem em ambientes caóticos, com baixo nível socioeconômico, pais de pouca escolaridade, com doenças crônicas, violência e problemas de saúde mental (ENGLE, 2009; FIESE; WINTER, 2010; PARSONS et al., 2012).

O inter-jogo entre fatores de risco e mecanismos de proteção pode desencadear o processo de resiliência, que corresponde à capacidade do indivíduo de responder à adversidade com o intuito de superá-la e recuperar-se (RUTTER, 2000). A possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo resiliente (GRÜNSPUN, 2009). Este processo se caracteriza pela interação do indivíduo com a vulnerabilidade (imposta pela situação de risco) e com a capacidade que tem para reagir à adversidade vivida, obtendo como resposta final, o ajustamento e a adaptação (TAVARES, 2001; YUNES; SZYMANSKY, 2001).

De acordo com Masten e Garmezy (1985), a resiliência provém: a) do temperamento positivo, sociabilidade e autoestima positiva do indivíduo; b) de atributos da família,



incluindo boas relações, coesão e adequada composição de regras; c) de atributos extrafamiliares, como o meio social e o suporte social. Ela, por sua vez, pode ser promovida de três formas: 1) reduzindo a exposição a riscos ou adversidades; 2) aumentando os recursos disponíveis para compensar o risco; 3) mobilizando e facilitando os sistemas de proteção, através de intervenções, e promovendo o desenvolvimento ou restabelecendo sua função (MASTEN, 2009).

A relação inicial mãe-criança tem sido apontada como importante preditor da resiliência. Para Motta, Lucion e Manfro (2005), um desempenho materno adequado pode tamponar os fatores estressantes do meio interno e externo do bebê. Entretanto, quando a mãe falha em prover proteção e estímulos adequados, as chances de prejuízo no desenvolvimento neurobiológico e psicológico aumentam significativamente, com repercussão no médio e longo prazo (SAMEROFF, 2010).

A falha materna em desempenhar sua função de proteção já foi associada com baixo nível socioeconômico, baixa instrução, prole numerosa, fragilidade nos vínculos familiares e diferentes concepções e valores na educação de filhos (BRADLEY; CORWYN, 2002; LORDELO, 2002). Outras experiências adversas ligadas ao ambiente familiar como conflitos, doença crônica, violência, maus-tratos também foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento (ENGLE, 2009). Nas últimas décadas, a estas variáveis adicionou-se a saúde mental materna, que pode afetar a qualidade e a disponibilidade do cuidado e acarretar efeitos negativos no desenvolvimento infantil (BANSIL et al., 2010; ENGLE, 2009; FRIZZO; PICCININI, 2005; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

## **2.2 Saúde mental materna**

### **2.2.1 Depressão materna e desenvolvimento infantil**

Pesquisas indicam que a depressão pós-parto afeta cerca de 10% a 17% de mulheres em países desenvolvidos, como Portugal (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007), Canadá (LANES; KUK; TAMIM, 2011) e Japão (YOSHIDA et al., 2001). No Brasil, esta porcentagem é mais elevada, com estudos que registraram 19% em Pelotas (MORAES et al., 2006), 28% em Maringá (MOSSO et al., 2008), 31,5% em Curitiba (GUEDES et al., 2011), e 27% em Belo Horizonte (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011) (Quadro 1). Segundo Fisher et al. (2012), essas diferentes porcentagens podem ser explicadas pelo fato das mulheres que participaram de pesquisas realizadas em países ricos terem melhores condições de vida como maior nível de escolaridade, emprego fixo, satisfação conjugal e pertencer à maioria étnica, variáveis já identificadas na literatura como fatores de proteção para transtornos mentais, no período perinatal.

Já se identificou, também, que a prevalência de depressão gestacional no Brasil é superior a dos países desenvolvidos (PEREIRA; LOVISI, 2008). Estudos longitudinais recentes indicam que sintomas de depressão já estão presentes e são mais comuns antes do parto (EVANS et al., 2001; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012, SILVA et al., 2012; ZACONETA et al., 2013) (Quadro 1).

Evans et al. (2001), em um estudo longitudinal, com 13.799 gestantes residentes em Avon, Inglaterra, avaliaram sintomas depressivos, por meio da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), em dois momentos do período pré-parto e em dois do pós-parto. Observaram que, no período gestacional, 11,8% das mulheres apresentavam sintomas de depressão na 18ª semana de gestação e 13,5% na 32ª semana. Já no pós-parto, 9,1% tinham sintomas depressivos na 8ª semana e 8,1% aos oito meses pós-parto. Os resultados indicaram que os sintomas depressivos foram mais comuns no pré-parto do que no pós-parto.

No Brasil, pesquisa que avaliou 119 mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde, com a mesma escala, encontrou uma prevalência de 20,5% de mulheres com sintomas depressivos durante a gestação e 16,5% no pós-parto (SILVA et al., 2012). Da mesma forma, Zaconeta et al. (2013) avaliaram 107 mulheres brasileiras com a EPDS e identificaram que 10,3% apresentavam sintomas depressivos na gestação e 12% no pós-parto, sendo que a metade destas já manifestava os sintomas depressivos na gestação. Em outra pesquisa longitudinal conduzida em São Paulo, com 831 gestantes usuárias do SUS, entre a 20ª e 30ª semana de gestação e 6 e 12 meses após o nascimento, utilizando o Self Report Questionnaire (SRQ-20), houve uma prevalência de 31,2% de mulheres com sintomas depressivos no pós-

parto e mulheres com sintomas de depressão na gestação tinham 2,4 vezes mais chance de apresentar este quadro no pós-parto (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012).

Sintomas depressivos na gravidez já foram associados ao fato da gestante ser adolescente, ter história anterior de depressão, acidentes e maus-tratos durante a vida, assim como intercorrências na gravidez atual como sangramento anômalo e hospitalização (PEREIRA et al., 2010). Gestantes com história de abortamento espontâneo recorrente, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce também apresentaram mais sintomas de depressão e de ansiedade durante a gestação do que gestantes sem antecedentes (COUTO et al., 2009; KOLEVA et al., 2011). O não planejamento da gravidez, os problemas de saúde durante a gestação (BENUTE et al., 2010; DAVID et al., 2008; MATOS; PIÉLAGO; FIGUEROA, 2009), ser mãe solteira, ou seja, sem companheiro (ZANCONETA et al., 2013), baixa renda familiar e escolaridade (KOLEVA et al., 2011) já foram identificados, também, como fatores de risco para sintomas depressivos gestacionais (Quadro 1).

Com relação aos principais fatores de risco para depressão pós-parto, como se pode perceber no Quadro 1, os estudos já identificaram a baixa condição socioeconômica e a não aceitação da gravidez (MORAES et al., 2006), o relacionamento conjugal ou familiar insatisfatório (BERETTA et al., 2008; GUEDES et al., 2011), história psiquiátrica, ausência de parceiro, eventos vitais estressantes (SILVA et al., 2012), baixa escolaridade, desemprego, dependência de substâncias e violência doméstica (LANCASTER et al., 2010; PEREIRA; LOVISI, 2008), família numerosa (DOIS et al., 2012), ansiedade e estresse elevado na gestação (LANES; KUK; TAMIM, 2011; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011), história anterior de depressão e ausência de suporte social (FIGUEIRAS; DINIZ; SILVA FILHO, 2011), afeto negativo na gestação (BOS et al., 2013), assim como experiência emocional negativa do parto e longo período após o nascimento sem que a mãe possa pegar o filho (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007).

Quadro 1 - Estudos sobre a prevalência de depressão pré e pós-parto

País/Ano publicação	Autor (es)	Tipo Estudo	Amostra	Instrum.	Prevalência		Fatores associados
					Pré	Pós	
<b>Inglaterra Japão/2001</b>	Yoshida et al.	Longit.	186	EPDS <sup>a</sup>	-	12%	Eventos estressantes; intercorrências obstétricas.
<b>Brasil/2006</b>	Moraes et al.	Trans.	410	Escala Hamilton	-	19%	Pobreza; não aceitação gravidez.
<b>Portugal/2007</b>	Costa; Pacheco; Figueiredo	Trans.	197	EPDS <sup>a</sup>	-	14%	Experiência negativa do parto; não segurar o filho após o parto.
<b>Brasil/2008</b>	Mosso et al.	Trans.	50		-	28%	Não mencionado
<b>Brasil/2008</b>	David et al.	Trans.	20	Prime-MD <sup>c</sup>	35%	-	Não planejamento da gravidez; problemas de saúde na gestação.
<b>Inglat./2001</b>	Evans et al.	Longit.	13.799	EPDS <sup>a</sup>	12%-13,5%	8%-9%	Não mencionado
<b>Brasil/2009</b>	Couto et al.	Trans.	240	HADS <sup>d</sup>	32%	-	Abortamento recorrente; óbito fetal ou neonatal, prematuridade.
<b>Perú/2009</b>	Matos; Piélago; Figueroa	Trans.	222	EPDS <sup>a</sup>	40,1%	-	Não planejamento da gravidez, problemas de saúde na gestação.
<b>Brasil/2010</b>	Benute et al.	Trans.	326	PRIME-MD <sup>c</sup>	9%	-	Não planejamento da gravidez; problemas de saúde na gestação; baixa renda.
<b>Brasil/2010</b>	Pereira et al.	Trans.	120	CI DI <sup>e</sup>	14%	-	Adolescência; depressão anterior, acidentes e maus tratos, intercorrências gestacionais.
<b>Canadá/2011</b>	Lanes; Kuk; Tamim	Trans.	6.421	EPDS <sup>a</sup>	-	8%	Ansiedade e estresse gestacional.
<b>EUA/2011</b>	Koleva et al.		5.000	BDI <sup>b</sup>	-		Escolaridade; renda; estado civil; ocupação; abortos e natimortos.
<b>Brasil/2011</b>	Guedes et al.	Trans.	146	EPDS <sup>a</sup>	-	31,5%	Relacionamento familiar; ajuda insatisfatória.
<b>Brasil/2011</b>	Figueira; Diniz; Silva Filho	Trans.	245	DSM-IV <sup>f</sup>	-	27%	Histórico depressão; ausência de suporte social.
<b>Brasil/2011</b>	Rodrigues ; Schiavo	Trans.	98	EPDS <sup>a</sup>	-	32%	Estresse gestacional e puerperal
<b>Chile/2012</b>	Dois et al.	Trans.	105	EPDS <sup>a</sup>	-	37%	Família numerosa
<b>Brasil/2012</b>	Silva et al.	Longit.	1109	EPDS <sup>a</sup>	20,5%	16,5%	História psiquiátrica, ausência de parceiro, estresse.

País/Ano publicação	Autor(es)	Tipo Estudo	Amostra	Instrum.	Prevalência		Fatores associados
					Pré	Pós	
<b>Brasil/2012</b>	Faisal-Cury; Menezes	Trans.	831	SRQ-20 <sup>g</sup>	31%	-	Não mencionado
<b>Brasil/2013</b>	Zaconeta et al.	Longit.	107	EPDS <sup>a</sup>	10%	12%	Ser mãe solteira.
<b>Brasil/2013</b>	Bos et al.	Trans.	491	BDI II <sup>h</sup>	-	8,6%	Afeto negativo na gestação.

<sup>a</sup>Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgh; <sup>b</sup>Inventário de Depressão de Beck; <sup>c</sup>Primary Care Evaluation of Mental Disorders; <sup>d</sup> Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; <sup>e</sup> Composite International Diagnostic Interview; <sup>f</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; <sup>g</sup>Self Report Questionnaire 20; <sup>h</sup>Inventário de Depressão de Beck II.

Pesquisas já associaram os sintomas de depressão vivenciados pela mulher, tanto na gestação como no puerpério, com desfechos negativos nas condições de nascimento e desenvolvimento da criança (BANSIL et al., 2010; GOODMAN, 2007; LIMA; TSUNECHIRO, 2008;). Sintomas de depressão no período gestacional aumentaram a chance de nascimento prematuro e com baixo peso (MENEZES et al., 2012; ARAUJO et al., 2010; THIENGO et al., 2012). Com os dados do *The Health Improvement Network* (THIN), de 3,9 milhões de pacientes do Reino Unido, Ban et al. (2010) identificaram que a depressão materna no período perinatal, estava associada a maiores taxas de infecção gastrointestinal e infecções no trato respiratório na infância. Sintomatologia depressiva materna também esteve associada com alterações no sono do bebê aos 12 meses (LOPES et al., 2010) e menor tempo de amamentação (VITOLLO et al., 2007) (Quadro 2).

Com relação ao desenvolvimento psicológico, pesquisa realizada por Figueiredo et al. (2010), com 100 recém-nascidos cujas mães apresentaram ansiedade e depressão no terceiro trimestre de gestação, verificou a pesquisa que eles tinham menos competências perceptivas e sociais ao nascimento do bebê. A depressão pós-parto, por sua vez, associou-se negativamente ao desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança (PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003; MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005; MURRAY; COOPER, 1997; MURRAY et al., 2010). Segundo Fernandes e Cotrin (2013), mães com sintomas de depressão pós-parto não desempenham de forma adequada a função materna e a qualidade de interação mãe/bebê fica prejudicada, afetando negativamente o desenvolvimento infantil (Quadro 2).

Sintomas de depressão materna não afetam apenas o desenvolvimento inicial, mas podem influenciar no desenvolvimento no médio e longo prazo. Em estudos que utilizaram o

Inventário de Depressão de Beck e um protocolo de índices de risco ao desenvolvimento infantil, observou-se que a maioria dos bebês com risco para o desenvolvimento, quatro meses após o parto, eram os filhos de mães que apresentaram sintomas de depressão (FLORES et al., 2013; CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014).

Possivelmente, o prejuízo no desenvolvimento posterior da criança esteja associado ao fato de mulheres com história de depressão na gestação e no período pós-parto serem mais vulneráveis a novos episódios depressivos ou apresentarem quadros depressivos persistentes (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010). No Brasil, Moraes, Lucci e Otta (2013) observaram que, apesar de queda nas porcentagens de mães com sintomas de depressão durante o primeiro ano de vida da criança, 30,3% ainda apresentavam sintomas depressivos aos quatro meses, 26,4% aos oito meses e 25% aos 12 meses pós-parto.

Em idade pré-escolar, dependendo da data de início e do tempo da exposição a depressão materna, houve diferenças na gravidade dos problemas cognitivos e comportamentais apresentados pelas crianças. Motta, Lucion e Manfro (2005) observaram que filhos de mães que apresentaram depressão pós-parto, apresentavam baixo desempenho em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe aos 12 meses. Cornish et al. (2005) associaram as elevadas taxas de atraso no desenvolvimento de crianças de 12 meses com a depressão materna crônica. Outros estudos com pré-escolares identificaram que filhos de mães deprimidas eram mais vulneráveis a apresentar prejuízos no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, reforçando o impacto negativo da cronicidade dos sintomas depressivos maternos (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; STEIN et al., 2008).

Na idade escolar, um artigo de revisão de literatura apresentou evidências de associação entre a depressão pós-parto e prejuízos no desenvolvimento emocional, cognitivo e social de crianças com mais de cinco anos (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005). Em outra revisão, a depressão materna apareceu como fator de risco para o desenvolvimento e para problemas comportamentais (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; MIAN et al., 2009). Com sujeitos mais velhos, depressão materna foi fator de risco para trauma na infância e transtorno de humor nos jovens (BARBOSA et al., 2014). Em estudo longitudinal, Murray et al. (2011) observaram que filhos de mães depressivas apresentavam apego inseguro e maior risco para depressão na infância e adolescência, aos 16 anos.

Com base na literatura analisada é possível concluir que há evidências que associam a depressão pós-parto ao atraso no desenvolvimento da criança (Quadro 2). Entretanto, estudo recente observou que os prejuízos não necessariamente atingem todas as áreas (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013). Ao comparar o desenvolvimento infantil entre mães com e sem indicadores de depressão, identificaram que filhos de mães com indicadores de depressão apresentaram pior desempenho na área interacional aos quatro meses e na área motora aos 8 e 12 meses, mas melhor desempenho nas áreas de motricidade fina e linguagem aos 12 meses de idade (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013).

Quadro 2 - Estudos sobre sintomas de depressão pré e pós-parto e desenvolvimento infantil

País/Ano publicação	Autor(es)	Tipo Estudo	Amostra	Instrumentos	Depressão		Fatores associados
					Pré	Pós	
<b>EUA/1997</b>	Murray; Cooper	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	-	x	Neurobiológico psicológico
<b>Índia/2003</b>	Patel; Souza; Rodrigues	Coorte/cas o controle	171	EPDS <sup>a</sup> DAS <sup>b</sup>	-	x	Neurobiológico psicológico
<b>Austrália/2005</b>	Cornish et al.	Coorte	112	Bayley <sup>c</sup>	-	x	Cognição psicomotricidade.
<b>Brasil/2005</b>	Motta; Lucion; Manfro	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	-	x	Baixo desempenho em teste de desenvolvimento e apego inseguro.
<b>EUA/2006</b>	Sohr-Preston, Scaramella	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	-	x	Cognição e linguagem
<b>EUA/2007</b>	Goodman	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	x	x	Não mencionado
<b>Brasil/2007</b>	Vitolo et al.	Trans.	263	BDI <sup>d</sup>	-	x	Menor tempo de amamentação.
<b>Inglaterra/2008</b>	Stein et al.	Coorte	1201	EPDS <sup>a</sup> HOME <sup>e</sup> RDLS <sup>f</sup>	-	x	Atraso linguagem
<b>Brasil/2008</b>	Lima; Tsunehiro	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	x	x	Não mencionado
<b>EUA/2010</b>	Bansil	Documental	Não aplica	Não aplica	x	x	Não mencionado
<b>EUA/2010</b>	Murray et al.	Coorte	49	EPDS <sup>a</sup>	-	x	Secreção de cortisol na criança.
<b>Inglater./2010</b>	Ban et al.	Coorte	107.587	Não aplica	x	x	Infecção gastrointestinal e no trato respiratório.
<b>Portugal/2010</b>	Figueiredo et al.	Trans.	100	EPDS <sup>a</sup> STAI <sup>g</sup>	x	-	Menor competência perceptiva e social ao nascimento.
<b>Brasil/2010</b>	Araújo et al.	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	x	-	Revisão de literatura

País/Ano publicação	Autor (res)	Tipo de Estudo	Amostra	Instrumento	Depressã Pré Pós	Fatores associados
<b>Brasil/2010</b>	Lopes et al.	Trans.	Não mencionado	EPDS <sup>a</sup>	- x	Alteração no sono aos 12 meses.
<b>EUA/2011</b>	Murray et al.	Longitudinal prospectivo	100	Entrevista	- x	Apego inseguro e maior risco para depressão na infância e adolescência.
<b>Brasil/2012</b>	Menezes et al.	Prospectivo	474	MINI <sup>h</sup>	x -	Nascimento baixo peso.
<b>Brasil/2012</b>	Thiengo et al.	Longitudinal	100	CIDI <sup>i</sup>	x -	Nascimento prematuro e baixo peso.
<b>Brasil/2013</b>	Fernandes; Contrin	Revisão Literatura	Não aplica	Não aplica	- x	Não adequação da função materna e interação mãe bebê.
<b>Brasil/2013</b>	Flores et al.	Longitudinal	182	BDI <sup>d</sup> IRDI <sup>j</sup>	- x	Risco para desenvolvimento
<b>Brasil/2013</b>	Morais; Lucci; Otta	Transversal	76 87 78	EPDS <sup>a</sup> Denver II <sup>k</sup>	- x	Pior desempenho na área pessoal/social e motor amplo. Maior desempenho em motor adaptativo e linguagem.
<b>Brasil/2014</b>	Carlesso; Souza; Moraes	Transversal	165	BDI <sup>d</sup> IRDS <sup>j</sup>	- x	Risco para desenvolvimento
<b>Brasil/2014</b>	Barbosa et al.	Transversal	164	MINI <sup>h</sup> SCID <sup>l</sup> CTQM <sup>m</sup>	- x	Trauma na infância e transtorno de humor nos jovens

<sup>a</sup>Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgh; <sup>b</sup> Developmental Assessment Scale for Indian Infants scores at six months; <sup>c</sup> Bayley Scales of Infant Development-II; <sup>d</sup> Inventário de Depressão de Beck; <sup>e</sup> Home Observation for Measurement of the Environment; <sup>f</sup> Reynell Developmental Language Scale; <sup>g</sup> State-Trait Anxiety Inventory; <sup>h</sup> Mini International Neuropsychiatric Interview; <sup>i</sup> Composite International Diagnostic Interview; <sup>j</sup> Índice de Risco ao Desenvolvimento Infantil; <sup>k</sup> Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II; <sup>l</sup> Structured Clinical Interview for DSM-IV; <sup>m</sup> Questionário de Trauma na Infância.



### 2.2.2 Estresse materno e desenvolvimento infantil

Há evidências que mostram que é alta a porcentagem de mulheres que apresentam sintomas significativos de estresse na gestação. Entringer et al. (2010) encontraram níveis significativamente maiores de cortisol, indicador biológico de estresse, em gestantes no segundo trimestre gestacional em comparação a mulheres não grávidas. Das 98 primigestas avaliadas por Rodrigues e Schiavo (2011), por meio do ISSL (Inventário de Sintomas de Stress de Lipp), 78% pontuaram para estresse. Wood et al. (2010), utilizando o *Prenatal Psychosocial Profile Stress* identificaram uma prevalência de 78% de estresse moderado e 6% de estresse elevado, nas 1522 gestantes avaliadas por eles. Segato et al. (2009) identificaram 97% de prevalência de sintomas de estresse em 30 gestantes avaliadas pela Escala de Estresse Percebido. A alta prevalência de estresse gestacional já foi associada com estresse no período pós-parto (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011; ADAMS et al., 2012) e, independente do momento da gestação em que ocorreu, foi indicativo de alta prevalência de sintomas de depressão pós-parto (BRUMMELTE; GALEA, 2010; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

O estresse é uma reação do organismo frente a um estímulo que o despertou, onde o agente causal (estressor) pode ser interno ou externo ao organismo. A reação do estresse no organismo pode se manifesta de duas formas: eustresse ou distresse. O eustresse é considerado como estresse positivo, pois é uma reação do corpo frente a estímulos de superação e prazer, já o distresse é considerado como estresse negativo que provoca desequilíbrio emocional e físico. Essas respostas são de natureza fisiológica, psicológica e comportamental e visam a adaptação e ajustamento do organismo às solicitações internas e/ou externas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; ALDWIN, 2009).

No início da gestação, o estresse ou distresse, em geral, está associado a aborrecimentos diários e, em meados da gestação, o parto é visto como ameaçador (BUITELAAR et al., 2003). Para Wood et al. (2010) a média de eventos estressores durante a gestação é de aproximadamente cinco eventos por gestante. Este quadro pode se agravar se, no contexto familiar, houver situação econômica difícil, violência doméstica, uso de drogas, depressão, pânico e complicações pré-natais.

Em 1956, Selye (1936) apud Camelo e Angerami, (2004) descreveu três fases do estresse. A primeira, denominada fase de alarme, se inicia quando a pessoa se defronta com um estressor, havendo um desequilíbrio homeostático levando o organismo se prepara para "luta ou fuga". Nem sempre o estresse é prejudicial ao indivíduo. Varias vezes é uma reação benéfica ao organismo à medida que o prepara para a ação em situações de urgência. Goulart Jr. e Lipp (2008) ressaltam que o problema surge quando a prontidão fisiológica não é

necessária ou quando é excessiva, característica da fase seguinte, denominada de resistência. Esta ocorre quando a fase de alerta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor e o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Se a reserva de energia adaptativa é suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de estresse. Porém, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então, o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável à doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008).

Para Shonkoff et al. (2012) o estresse duradouro ao longo do desenvolvimento humano, denominado por eles de estresse tóxico, predispõe os sujeitos a doenças e transtornos do desenvolvimento que se iniciam na infância e vão até a idade adulta.

A fase da exaustão acontece quando o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Ocorre quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houve, concomitantemente, a ocorrência de outros estressores (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART Jr.; LIPP, 2008). Lipp (2000) descreveu uma fase intermediária, entre a fase de resistência e a de exaustão, denominada de quase-exaustão que se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não atingiu a exaustão completa .

Gestantes que são expostas por longos períodos a eventos estressores são fortes candidatas a apresentarem riscos para sua saúde e do feto (GLOVER, 1997). Em um estudo com gestantes brasileiras, que tinha como objetivo comparar o cortisol de mulheres grávidas de alto e baixo risco referente à gestação, Montenegro et al. (2010) constataram que as gestantes de alto risco apresentavam níveis mais elevados de cortisol na saliva do que as gestantes de baixo risco. Gestantes expostas por longo prazo a eventos estressores dão a luz significativamente mais cedo (TORCHE; KLEINHAUS, 2012) e os bebês, ao nascer, têm peso inferior à média dos nascidos de mães não expostas ao estresse (MONK et al., 2003). Hormônios liberados por quem vive situações estressantes afetam o neurodesenvolvimento fetal (ELLMAN et al., 2008) e podem provocar problemas cardiorrespiratórios e angústia (ENLOW et al., 2009). A exposição fetal ao estresse materno pode interferir, também, na regulação do estresse infantil (DAVIS et al., 2011).

Os prejuízos não se restringem ao nascimento e podem afetar a criança no curso do seu desenvolvimento. Huizink et al. (2002) observaram que, quanto mais elevado o estresse

na gestação, maior a probabilidade da criança apresentar problemas de temperamento, comportamento e desenvolvimento aos 27 meses de idade. Gutteling et al. (2005) também encontraram associação entre estresse materno no período pré-natal e variação de temperamento, em crianças holandesas de três e oito meses de idade. Buitelaar et al. (2003) avaliaram o desenvolvimento cognitivo de crianças holandesas, aos três e oito meses de idade e verificaram que filhos de mulheres com estresse durante a gravidez apresentaram atraso cognitivo aos oito meses. Em outro estudo longitudinal, Davis e Sandman (2010) avaliaram o cortisol materno e o estado psicológico de gestantes americanas em cinco momentos durante o ciclo gestacional, e o desenvolvimento de seus filhos, aos três, seis e 12 meses após o parto por meio das Escalas Bayley. A exposição a elevadas concentrações de cortisol no início da gestação foi associada com menor taxa de desenvolvimento cognitivo da criança durante o primeiro ano. Níveis elevados de cortisol materno no final da gestação, entretanto, foram associados com desenvolvimento acelerado no primeiro ano.

Portanto, vários estudos evidenciam que o estresse materno no período gestacional tem efeitos que duram até o primeiro ano de vida da criança, mas ainda se sabe pouco sobre seus efeitos em crianças mais velhas. No trabalho de revisão de literatura de Talge, Neal e Glover (2007), o estresse pré-natal duradouro da mãe foi associado a maior predisposição para o desenvolvimento de doenças mentais infantis e ao longo da vida do sujeito.

A leitura do Quadro 3 permite observar que pesquisas a respeito do estresse no período perinatal e suas consequências no desenvolvimento ainda são escassas (MEINLSCHMIDT et al., 2010). Class et al. (2014), em um estudo longitudinal, da gestação ao pós-parto, na Suécia, observaram que o estresse pós-natal grave, especialmente em casos de luto, estava associado a um aumento nos quadros psicopatológicos da criança como transtorno do espectro autista, déficits de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar, esquizofrenia e suicídio. Os autores, entretanto alertam que os resultados ainda são inconsistentes e precisam ser replicados.

Quadro 3 - Estudos sobre estresse pré e pós-parto e desenvolvimento infantil

País/Ano publicação	Autor(es)	Tipo Estudo	Amostra	Instrumentos	Estresse		Fatores associados
					Pré	Pós	
Holanda/2002	Huizink et al.	Longitudinal	170	Autorrelato	x	-	Problemas de temperamento, comportamento e desenvolvimento aos 27 meses.
EUA/2003	Monk et al.	Transversal	32	Não aplica	se x	-	Baixo peso
Holanda/2003	Buitelaar et al.	Longitudinal	Não informado	Bayley <sup>a</sup>	x	-	Aborrecimentos diários e medo do parto para a mãe e atraso cognitivo para a criança aos 8 meses.
Holanda/2005	Gutteling et al.	Transversal	103	Bayley <sup>a</sup>	x	-	Varição de Temperamento aos 8 meses
EUA/2008	Ellman et al.	Transversal	158	New Ballard Maturation Score	x	-	Neurodesenvolvimento fetal
EUA/2009	Enlow et al.	Transversal	23	Não aplica	x	-	Problemas cardiorrespiratórios e angustia na criança
EUA/2011	Davis et al.	Longitudinal	116	Não aplica	x	-	Regulação do estresse infantil.
EUA/2010	Davis; Sandman	Longitudinal	125	Bayley <sup>a</sup>	x	-	Cortisol elevado no início da gestação foi associado a menor taxa de desenvolvimento, enquanto que cortisol elevado no final da gestação foi associado ao desenvolvimento acelerado no 1º ano.
Chile/2012	Torche; Kleinhaus	Quase experimental	Não informado	Não aplica	x	-	prematuridade
Suíça/2014	Class et al.	Longitudinal	738 144	Não aplica	x	x	Quadros psicopatológicos na criança, como espectro autista, déficits de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar, esquizofrenia e suicídio.

<sup>a</sup> Bayley Scales of Infant Development.

### 2.2.3 Ansiedade materna e desenvolvimento infantil

Como a ansiedade faz parte do processo normal do desenvolvimento humano, pode estar presente em todos os períodos do ciclo vital, especialmente em momentos de perigo ou tensão. Em alguns momentos da vida, é mais intensa e, se considera que é um estado emocional esperado em situações novas, de expectativa, como a mudança de emprego, espera do resultado de exames, casamento, nascimento de filho, entre outros (GRAEFF, 2007).

A ansiedade é uma das alterações psicológicas mais comuns na gravidez (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; FAISAL-CURY et al., 2010), com índices superiores aos do puerpério (BREITKOPF et al., 2006; SCHIAVO, 2011). Altos níveis de ansiedade na gestação podem resultar em complicações obstétricas, como o nascimento prematuro e baixo peso do bebê (ALDER et al., 2007; BENER, 2013; CONDE; FIGUEIREDO, 2003), pré-eclâmpsia e mecônio no líquido amniótico (KURKI et al., 2000) maior atividade motora no feto (VAN DEN BERGH et al., 2005), depressão no período gestacional (ROSS et al., 2003), além de ser indicativo para ansiedade e depressão puerperal (BROUWERS; VAN BAAR, 2001; COELHO et al., 2011; FAISAL-CURY et al., 2010; O'CONNOR, 2003).

Pesquisas mostram, ainda, que a ansiedade gestacional traz consequências negativas para o crescimento e desenvolvimento infantil (BROUWERS; VAN BAAR, 2001; O'CONNOR, 2003; BUSS et al., 2010; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013). Buss et al. (2010) observaram que a ansiedade na 19ª semana gestacional estava associada à redução de volume de substância cinzenta em várias áreas do cérebro (córtex préfrontal, no córtex pré-motor, no lobo temporal mediano, no córtex temporal lateral, no giro pós-central e no cerebelo), aumentando a possibilidade de perturbações do desenvolvimento neurológico e psiquiátrico, bem como podendo acarretar comprometimento cognitivo e intelectual. Já a alta ansiedade entre 25 e 31 semanas de idade gestacional não se associou significativamente com redução do volume de substância cinzenta.

Brouwers, Van Baar e Pop (2001) verificaram que a alta ansiedade de grávidas holandesas, com mais de 32 semanas de gestação, estava associada a um atraso no desenvolvimento mental do filho aos dois anos de idade. O'Connor et al. (2003) em estudo longitudinal, avaliaram a ansiedade e depressão materna de mulheres inglesas em diferentes momentos, desde a gestação até a criança completar 81 meses de idade. Crianças, cujas mães,

tiveram altos níveis de ansiedade no final da gestação apresentaram problemas emocionais e comportamentais quando tinham mais de sete anos de idade.

A ansiedade, também, pode estar presente no puerpério. Para Wenzel et al. (2005), a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada é mais elevada em puérperas do que em mulheres da população geral e, nesse período, são mais frequentes que os transtornos depressivos. Faisal-Cury e Menezes (2006) identificaram uma prevalência de Ansiedade/estado puerperal de 45% e Ansiedade/traço puerperal de 46% e Schiavo (2011) uma prevalência de 27% de Alta ansiedade/estado.

Segundo Britton (2008), a ansiedade materna aumenta no primeiro mês após o parto. Mulheres com alta ansiedade/traço, baixa escolaridade, história de humor deprimido e alto estresse apresentavam risco de manifestar ansiedade no puerpério (SCHIAVO, 2011). Outros estudos mostraram que diminuiu o risco de ansiedade puerperal quanto maior a renda e faixa etária da puérpera, enquanto que o risco aumentou frente a intercorrências com o recém-nascido, como prematuridade, baixo peso, malformação e internação do bebê em UTI após o nascimento (PADOVANI et al., 2004; PEROSA et al., 2009; FAISAL-CURY et al., 2006).

Poucas pesquisas avaliaram a relação entre ansiedade puerperal e desenvolvimento infantil (Quadro 4). Clavarino et al. (2010) observaram que, aos cinco anos, crianças cujas mães pontuaram para altos níveis de ansiedade no pós-parto, apresentavam desenvolvimento do afeto negativo e um nível de desatenção acima do esperado. Fraga et al. (2008a), utilizando as Escalas Bayley-II, verificaram associação entre ansiedade materna e indicadores de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, aos 12 meses de idade cronológica corrigida. Quanto maior o nível de ansiedade materna, melhor era o desempenho dos bebês em tarefas cognitivas e pior em tarefas de motricidade ampla e permanência do objeto. Constatou-se que a ansiedade materna pode ter efeito diferencial em áreas do desenvolvimento da criança, atuando como fator de risco para pior desenvolvimento motor amplo e como mecanismo de proteção em relação ao desenvolvimento cognitivo.

Em artigo de revisão, Glasheen, Richardson e Fabio (2010) identificaram 18 estudos que avaliaram os efeitos na criança da exposição à ansiedade materna pós-natal, mas em apenas três houve associação entre a ansiedade pós-natal ao desenvolvimento. Segundo os autores, apesar de alguma evidência de que a ansiedade afeta negativamente o desenvolvimento social e cognitivo, não foi possível comparar os resultados visto que as

pesquisas utilizaram diferentes instrumentos de medida, aplicados a crianças de idades muito diversas.

**Quadro 4 - Estudos sobre ansiedade pré e pós-parto e desenvolvimento infantil**

País/Ano publicação	Autor(es)	Tipo Estudo	Amostra	Instrumentos	Ansiedade		Fatores associados
					Pré	Pós	
Finlandia/2000	Kurki et al.	Prospectivo	623	BAI <sup>a</sup>	x	-	Pré-eclâmpsia e mecônio
Holanda/2001	Brouwers; Van Baar; Pop	Prospectivo	105	STAI <sup>b</sup> NBAS <sup>c</sup> Bayley <sup>d</sup>	x	-	Ansiedade puerperal materna e atraso desenvolvimento mental aos 24 meses.
Inglaterra/2003	O'Connor	Longitudinal	10.211	Crown— Crisp index	x	x	Ansiedade e depressão puerperal materna e problemas emocionais e comportamentais aos 7 anos na criança.
Bélgica/2005	Van Bergh	Den Revisão literatura	Não aplica	Não se aplica	x	-	Maior atividade motora no feto
Brasil/2006	Faisal-Cury; Menezes	Transversal	299	IDATE <sup>b</sup>	-	x	Prematuridade e baixo peso
Brasil/2008	Fraga et al. (b)	Transversal	14	IDATE <sup>b</sup> Bayley II <sup>d</sup>	-	x	Quanto maior ansiedade materna, melhor cognição no bebê e pior em tarefas no motor amplo e permanência do objeto.
EUA/2010	Buss et al.	Longitudinal	35	Não se aplica	x	-	Perturbações neurológica e psiquiátrica (redução de substância cinzenta)
Austrália/2010	Clavarino et al.	Longitudinal	3.982	Auto relato	-	x	Afeto negativo e desatenção aos 5 anos.
Arábia/2013	Bener	Transversal	1.659	DASS-2 <sup>e</sup>	x	-	prematuridade

<sup>a</sup>Inventário Ansiedade de Beck; <sup>b</sup> State-Trait Anxiety Inventory; <sup>c</sup> Neonatal Behavioral Assessment Scale; <sup>d</sup> Bayley Scales of Infant Development; <sup>e</sup> Depression Anxiety Stress Scale.

É possível concluir que há fortes indícios que sintomas de estresse, ansiedade e depressão, podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento infantil, especialmente quando se trata de estados crônicos. Para alguns autores, os efeitos desses transtornos acabam mediando a relação da mãe com a criança, o tipo de interação e o modo como cuidam dos filhos que, em última análise, têm repercussões adversas no seu desenvolvimento. São mães com baixa responsividade e sensibilidade, maior rejeição e intrusividade e, inclusive, diminuição da qualidade dos cuidados dispensados à criança (FELDMAN et al., 2009). Possivelmente, essas mães recorrem a práticas educativas que podem prejudicar o

desenvolvimento infantil, especialmente em contextos de risco, como frente a adversidades econômicas e baixos níveis de educação materna (FRIZZO; PICCININI, 2005; KIKKERT; MIDDELBURG; HADDERS-ALGRA, 2010; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; NEELDMAN et al., 2000; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003).



#### 2.2.4 Práticas educativas

Ainda é escassa a produção de pesquisas que relacionem a saúde mental materna e práticas parentais, principalmente nacionais, e os poucos resultados ainda são inconclusivos. Psicopatologias, especialmente de ordem depressiva, de um ou ambos os progenitores, foram associadas a estilos educativos parentais mais negativos e disfuncionais (ARAÚJO, 2002; NEELDMAN et al., 2000). Gomide et al. (2005) correlacionaram o estresse e sintomas depressivos de pais e mães com os estilos parentais avaliados a partir do Inventário de Estilo Parental (IEP) e os resultados indicaram que, quanto mais altos eram os níveis de estresse e depressão, pior eram as práticas parentais. Da mesma forma, Schwengber e Piccinini (2005) observaram que mães com sinais de depressão apresentaram mais apatia, menos ternura e afeição, relatavam insatisfação em relação ao desenvolvimento de seu bebê, do papel materno e do apoio recebido pelo companheiro, que mães sem depressão. Entretanto, no estudo de Fonseca, Silva e Otta (2010), a sintomatologia depressiva não interferiu significativamente na relação mãebebê, apesar de outros fatores, como os sócioscognitivos proporcionados pela educação, de personalidade e afetivos, se relacionarem significativamente com sensibilidade materna.

Com relação aos quadros de estresse, pais mais estressados apresentavam, com maior frequência, um estilo parental de risco (GOMIDE et al., 2005). Quanto à ansiedade, Schiavo (2011) observou que mulheres que apresentaram alta ansiedade estado, tanto no terceiro trimestre de gestação, quanto no puerpério, alimentaram seus bebês menos tempo no seio e mais na mamadeira, apresentaram mais sentimentos de insegurança nos primeiros cuidados com o bebê, consideraram a tarefa de ser mãe mais negativa e atribuíram mais características negativas ao bebê do que as mães que apresentaram ansiedade estado controlada.

Nogueira (2013), que investigou práticas parentais maternas associadas a indicadores de ansiedade, estresse e depressão, identificou mães com indicadores clínicos dos três quadros exerciam mais práticas negativas do que mães sem indicadores.

Frente ao exposto, Macarini et al. (2010), após revisão de literatura, concluíram que existe uma lacuna de estudos a respeito das práticas parentais durante o primeiro ano de vida. Da mesma forma, é possível observar que os estudos sobre a saúde mental materna, da gestação ao puerpério, especialmente sua associação com o desenvolvimento da criança, ainda são escassos ou inconclusivos. Tanto o estresse, a ansiedade como a depressão precisam ser melhores investigados, de preferência em estudos longitudinais, pois são ocorrências que parecem desempenhar um importante papel no desenvolvimento infantil, no curto e médio prazo.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar as relações entre variáveis maternas (sociodemográficas, de parto, ansiedade, depressão, estresse, crenças e práticas parentais) e de desenvolvimento do filho em três momentos – no terceiro trimestre gestacional, aos 6 meses e aos 14 meses pós-parto.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- A) Descrever e comparar a prevalência e a incidência dos indicadores de saúde mental materna (sintomas de ansiedade, estresse e depressão) no terceiro trimestre de gestacional, aos 6 e aos 14 meses pós-parto;
- B) Identificar e analisar os fatores de risco e de proteção à saúde mental materna (ansiedade, estresse e depressão) dentre as variáveis sociodemográficas, de parto e de saúde mental materna, no terceiro trimestre gestacional, aos 6 meses e 14 meses pós-parto;
- C) Identificar e analisar os fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil aos 6 e 14 meses pós-parto, dentre as variáveis sociodemográficas maternas, condições de nascimento, indicadores de saúde mental materna (ansiedade, estresse e depressão), no pre-parto e aos 6 e 14 meses pós parto;
- D) Identificar e analisar as variáveis sociodemográficas materna relacionadas às práticas e crenças de cuidados e estimulação infantil aos 14 meses pós-parto.
- E) Identificar fatores de risco e proteção para o desenvolvimento aos 14 meses, entre as práticas e crenças de cuidados e estimulação materna.

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1. Contexto da pesquisa

Para compor a amostra inicial, escolheram-se locais que concentrassem o maior número de atendimentos a gestantes, pelo SUS, seja para exame pré-natal como para ultrassom obstétrico, em Bauru, São Manuel e Botucatu no estado de São Paulo. Foram convidadas a participar do estudo, gestantes no terceiro trimestre atendidas nessas localidades.

A coleta de dados foi realizada em três momentos (terceiro trimestre de gestação, aos seis e 14 meses após o parto). No primeiro momento, as gestantes responderam aos instrumentos na Unidade Básica de Saúde e, após o parto, os dados foram coletados na residência das participantes, procurando, o máximo possível, preservar a privacidade durante a avaliação.

Delineamento do estudo: Trata-se de um estudo de coorte, que avaliou características sociodemográficas e a saúde mental de mães e o desenvolvimento de crianças, usuárias do SUS, em três momentos, no terceiro trimestre gestacional, aos seis e 14 meses após o parto.

### 4.2. Participantes do estudo

Casuística: Devido à dificuldade de obter dados sobre o número de grávidas atendidas nas três localidades para calcular o tamanho amostral, optou-se por uma amostra de conveniência. Em estudo com objetivos e tempo de execução semelhantes ao atual estudo, Fonseca, Silva e Otta (2010) avaliaram 261 gestantes no primeiro momento da pesquisa e tiveram perdas de aproximadamente 50%, aos quatro meses. Estudo anterior, realizado em um dos locais escolhido para o atual projeto, registrou-se uma perda de 30%, após quatro meses (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). Tomando por base esses dados, e planejando momentos intermediários de contato com as mães para aumentar a adesão, estimou-se uma perda de aproximadamente 40% dos sujeitos da primeira etapa para a segunda e de 30% da segunda para a terceira etapa. Ao total, foram convidadas 328 gestantes usuárias do SUS, nas três localidades, a participarem da primeira etapa da pesquisa e destas, 320 aceitaram participar.

Na segunda etapa, foram excluídas do estudo díades em que os bebês estivessem internados aos seis meses e de mães que residiam em locais de difícil acesso, como chácaras e residências sem endereço. Nesta etapa, houve uma perda de 37,5% e permaneceram no estudo 200 díades mãe/bebê. Na terceira etapa, houve uma perda de 30,5% das participantes que completaram a segunda etapa e o estudo foi finalizado com 139 díades mãe/bebê.

Como se pode perceber na Tabela 1, as maiores perdas foram devidas à não localização dos sujeitos. Apesar de ter o endereço e telefone das mães que participaram do primeiro momento, 56% delas não foram localizadas na segunda etapa e 66%, na terceira etapa. A recusa em participar foi de 34% na segunda etapa e 26% na terceira etapa.

**Tabela 1 - Motivos da exclusão de sujeitos para a segunda e terceira etapa da pesquisa**

Motivos das perdas	Segunda Etapa (n=120)		Terceira Etapa (n= 61)	
	N	(%)	N	(%)
<b>Internação do bebê</b>	1	(0,83)	0	(0,0)
<b>Residência em local de difícil acesso</b>	3	(2,5)	0	(0,0)
<b>Mudança de cidade</b>	8	(7,0)	5	(8,0)
<b>Recusa em participar</b>	41	(34,0)	16	(26,0)
<b>Não localizadas</b>	67	(56,0)	40	(66,0)

### 4.3. Instrumentos

#### 1) Questionários a) Formulário sociodemográfico e clínico

Para obter informações sociodemográficas, sobre antecedentes clínicos e gestacionais, foi utilizado um formulário elaborado por Schiavo e Rodrigues (2011) e adaptado para esse estudo (APÊNDICE B).

#### b) Questionário sobre o parto, nascimento e rotinas até os seis meses

Questionário com perguntas fechadas sobre o parto, condições de nascimento e rotinas de cuidado com o bebê nos primeiros seis meses, elaborado por Schiavo e Rodrigues (2011) (APÊNDICE C).

#### 2) Instrumentos a) Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE)

Em 1970, Spielberger, Gorsuch e Lushene elaboraram o Inventário de Ansiedade Traço/Estado (IDATE), de autoaplicação para jovens e adultos, traduzido e adaptado para o português por Biaggio e Natalício (1979). É um instrumento composto de duas escalas para avaliar Ansiedade/estado (A-Estado) e Ansiedade/traço (A-Traço). A partir de 20 itens, o indivíduo deve avaliar a si mesmo, em uma escala de quatro pontos. Os escores brutos devem ser transformados em escores normalizados (escore T). Como indicativo de sintomas de ansiedade em nível clínico, foi utilizado o critério de corte de escore igual ou acima do

percentil 75, já utilizado em outros estudos (PADOVANI et al., 2004; PEROSA, SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; PEROSA et al., 2009).

Em relação à suas qualidades psicométricas, as correlações entre a escala original e a brasileira variaram de 0,06 a 0,58, com uma média de 0,34 para Ansiedade/estado e de 0,24 a 0,92 com uma média de 0,51 para Ansiedade/traço. Sua fidedignidade no teste-reteste foi de 0,74 para Ansiedade/estado e 0,83 para Ansiedade/traço. A consistência interna Alfa Ansiedade/estado masculino, obteve o valor de 0,93 e feminino, de 0,88, enquanto que o Ansiedade/traço masculino obteve o valor de 0,93 e feminino, de 0,87 (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979 apud BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006);

#### **b) Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL)**

O Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) para adultos acima de 15 anos (LIPP, 2000), é composto por três quadros, cada um avaliando possível presença de sintomas de estresse, em três momentos (quadro 1: 24 horas; quadro 2: uma semana e quadro 3: um mês). Cada quadro é composto por Sintomas Físicos (F) e Sintomas Psicológicos (P). Após a tabulação dos dados, deve-se obter seis escores: três físicos (F) e três psicológicos (P). Em seguida, somam-se os escores P + F por quadro, de modo que se tenham três escores, um para cada quadro do inventário. Se, nas últimas 24 horas,  $P1+F1 > 6$ ; na última semana,  $P2+F2 > 3$  ou nos últimos 30 dias  $P3+F3 > 8$ , pode-se concluir que a pessoa tem estresse, naquele momento e em que fase do mesmo a pessoa se encontra, se na fase de Alerta, fase de Resistência, fase de Quase exaustão ou fase de Exaustão. A confiabilidade do teste foi dada pelo coeficiente Alfa de 0,91;

#### **c) Inventário de Depressão (BDI - Beck Depression Inventory).**

O BDI, criado em 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery entre 1979/1982, foi traduzido e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). É uma escala de autoavaliação de manifestações comportamentais de depressão, sem finalidade diagnóstica. Este instrumento é composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, com quatro afirmações, cada uma, refletindo um grau crescente de severidade de depressão (de 0 a 3). Obtém-se o escore total do BDI somando os escores correspondentes às alternativas assinaladas nos 21 itens (CUNHA, 2001). Como ponto de corte, foi utilizado o escore superior a 18, critério sugerido por Oliver; Simmons (1984; apud Cunha, 2001) para pacientes não diagnosticados com transtornos psiquiátricos, que, segundo outras classificações, incluem a depressão moderada e severa (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ( $p < 0,001$ ) (CUNHA, 2001).

**d) Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) (ANEXO A)**  
Escala para avaliar crenças parentais e práticas de cuidado na primeira infância (ECPPC). Trata-se de uma escala construída a partir do modelo teórico desenvolvido por Keller (2002; 2007; apud Martins et al., 2010) para compreensão da parentalidade. É constituída por duas sub-escalas: a primeira relacionada às Práticas Realizadas pela Mãe (PRM) e a segunda, pela Importância Atribuída às Práticas (IAP). Ambas contêm 25 itens, onde as questões de número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 10 são relacionadas aos Cuidados Primários e as questões de número 13, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 e 25 são relacionadas à Estimulação. O sujeito se posiciona frente ao conjunto de afirmações e a avaliação é feita por uma escala Likert de 1 a 5 pontos. A partir das pontuações totais nas duas subescalas, PRM e IAP, pode-se identificar o que as mães fazem e a importância que dão aos cuidados básicos e à estimulação. A pontuação mais alta nas questões relacionadas aos cuidados primários é de 40 pontos e 50 nas questões relacionadas à estimulação. A escala não oferece um ponto de corte e optou-se por considerar a pontuação acima de 38 para cuidados primários e acima de 44 para estimulação pontuações essas equivalentes ao percentil 75 de nossa amostra, e não do instrumento, como práticas e/ou crenças parentais mais adequadas que, segundo Keller (2007) implicam em cuidar e estimular, incentivando a autonomia.

O primeiro estudo para avaliar as propriedades psicométricas da escala foi realizado por Martins et al. (2010), e os resultados comprovaram sua validade e precisão para a população brasileira com *alfa* de Cronbach de variando de 0,68 a 0,83;

**e) Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (TTDD) (ANEXO 2)** O Denver II – *Screening* Manual, criado por Frankenburg; Dodds; Archer; Bresnick, (1990), traduzido e adaptado por Pedromônico, Bragatto e Strobiluis (1999), consiste em um teste de rastreamento (*screening*) de risco para problemas de desenvolvimento em crianças na faixa etária de um mês a seis anos, incluindo quatro áreas: motora ampla, motora adaptativa, linguagem e habilidade pessoal/social. Os comportamentos das crianças são observados diretamente, mas, alguns itens precisam ser avaliados de acordo com o relato do cuidador. Os itens são avaliados como: Normal, quando a criança realiza o comportamento; Cautela, quando a criança não faz ou recusa-se a fazer comportamento que 75% das crianças na idade realizam, e Atraso, quando a criança não realiza comportamento que mais de 90% das crianças na idade fazem. Na avaliação final, considera-se Risco quando, no mínimo, há duas Cautelas ou um Atraso em alguma área do teste, e Normal quando não há nenhum Atraso ou

no máximo uma Cautela. O teste Denver II apresenta bons índices de validade e confiabilidade (0,99 interobservador e 0,9 em teste reteste). É um teste de fácil execução e pode ser aplicado por vários profissionais da saúde (SILVA et al., 2011).

#### **4.4 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP com o número de 4166-2012 (ANEXO C), e foi autorizada a coleta pelos responsáveis dos três centros que atendiam as grávidas na primeira fase do estudo (ANEXOS D, E e F).

A coleta de dados só se deu após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi entregue às participantes logo na primeira etapa da pesquisa (APÊNDICE A).

#### **4.5 Procedimentos**

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

##### **Primeira Etapa**

Inicialmente, foram identificadas no setor de agendamento das Unidades Básicas de Saúde, das três cidades, todas as gestantes que estavam no terceiro trimestre, as quais foram convidadas a participarem da pesquisa. Elas receberam todas as informações pertinentes a todas as etapas da pesquisa, às avaliações, e informadas sobre os procedimentos éticos pertinentes, descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

As que aceitaram participar, após assinarem o TCLE, em ambiente reservado, responderam ao Formulário sociodemográfico e clínico. A seguir, aplicaram-se os instrumentos, na seguinte ordem: IDATE, ISSL e BDI. Para gestantes não alfabetizadas e para aquelas que, por algum motivo, preferiam não ler, a pesquisadora lia para elas as questões dos instrumentos.

Com o objetivo de diminuir as perdas nas etapas seguintes do estudo, logo após o nascimento do bebê, a pesquisadora entrava em contato por telefone com as participantes, atualizava seu endereço e reforçava a importância de sua participação.

##### **Segunda Etapa**

Por volta de cinco meses após o parto, a pesquisadora contactava novamente as participantes e agendava um encontro na residência, para quando a criança tivesse completado seis meses de vida. Na residência, a mãe respondia ao questionário sobre o parto, nascimento

e rotinas de cuidados com o bebê (APÊNDICE C) e aos instrumentos IDATE, ISSL e BDI. Nessa ocasião, também se avaliava o desenvolvimento do bebê pelo teste de Denver II (TTDD) (ANEXO B).

### Terceira Etapa

Quando a criança completava 14 meses, a pesquisadora entrava novamente em contato com as participantes e agendava um novo encontro na residência. Na data e horário agendados, a mãe respondia aos instrumentos IDATE, ISSL, BDI e o E-CPPC (ANEXO A). Na ocasião, avaliava-se novamente o desenvolvimento do bebê pelo teste Denver II.

## 4.6 Análise dos dados

### 4.6.1 Preparo dos dados

As variáveis numéricas e policotômicas foram binarizadas e organizadas na base de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0; Chicago INc II, USA), para análise de dados. Quando possível, o código zero foi utilizado para nomear as situações favoráveis e o código 1 para nomear situações desfavoráveis. Em casos em que não havia situações favoráveis ou desfavoráveis, como, por exemplo, em relação à idade da mãe (< 20 anos ou > 20 anos) e escolaridade (< 8 anos de estudo ou > 8 anos), o zero significou menor, abaixo, inferior e o 1 significou maior, acima, superior.

Todos os testes foram corrigidos segundo as normas específicas de cada instrumento. Ao avaliar o TTDD das crianças prematuras, utilizou-se a fórmula para a correção da idade: Idade corrigida (semanas) = Idade cronológica (semanas) – [40 - idade gestacional (semanas)].

Para a regressão logística, foi necessário binarizar os resultados do TTDD quanto às subáreas e, assim como em outros trabalhos (CACHAPUZ; HALPERN, 2006; REZENDE; BETELI; SANTOS, 2005; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014), somaram-se as “cautelas” e os “atrasos”.

### 4.6.2 Análise estatística

Em primeiro lugar, foi realizada a análise estatística descritiva, em termos de medianas, valores máximo e mínimo, para as variáveis numéricas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência e porcentagem.



Antes de proceder à análise estatística inferencial, foi aplicado o teste de Shapiro Wilk, para testar a normalidade das variáveis. Realizou-se análise das perdas da primeira para a segunda etapa e da segunda para a terceira etapa a partir do teste de  $X^2$  ou Fisher. As relações entre variáveis foram analisadas, primeiramente, a partir do teste  $X^2$  ou Teste Exato de Fisher e com as variáveis que se associaram a um mesmo desfecho, com valor de  $p < 0,20$  na análise bivariada, montaram-se modelos de regressão logística para identificar possíveis variáveis preditoras e controlar os possíveis fatores de confusão. Para análises de comparação das medianas foi utilizado o teste de Wilcoxon e para análise de comparação de proporções foi utilizado o teste Mc Nemar. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em cinco tópicos. No primeiro tópico será apresentada a análise descritiva caracterizando a amostra de mães (dados sociodemográficos e clínicos e de saúde mental) e bebês (nascimento e desenvolvimento aos 6 e 14 meses). A seguir, será apresentada a estatística inferencial para comparar as perdas amostrais da segunda e terceira etapa do estudo. Neste tópico, também, serão apresentadas e comparadas as prevalências dos quadros de ansiedade, estresse e depressão nos três momentos da pesquisa, assim como a análise da incidência de ansiedade, estresse e depressão aos 6 e 14 meses.

No segundo tópico vai se apresentar a análise dos fatores de risco e de proteção para ansiedade, estresse e depressão no terceiro trimestre gestacional, aos 6 e 14 meses pós-parto, dentre as variáveis sociodemográficas, de parto, nascimento e de saúde mental materna.

No terceiro tópico serão apresentados os fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil aos 6 e 14 meses pós-parto, dentre as variáveis sociodemográficas, condições de nascimento e indicadores de saúde mental materna, antes e após o parto.

E por fim no quarto tópico serão apresentadas as variáveis sociodemográficas maternas e do desenvolvimento neuropsicomotot relacionadas às práticas e crenças parentais de cuidados e estimulação infantil, assim como a relação de práticas e crenças parentais com o desenvolvimento da criança aos 14 meses.

## 5.1 Tópico 1- Caracterização da amostra

### A) Caracterização das mães

Na Tabela 2 pode se observar que na amostra inicial, a maioria das mães era multigesta (61%), com mais de 20 anos (78%), vivia com o parceiro (82%), não tinha ocupação remunerada (67%) e tinha mais de oito anos de estudo (55%). A renda familiar da grande maioria era de até dois salários mínimos (93%). Quanto aos dados clínicos, 14% das gestantes eram tabagistas, 11% tinha algum problema de saúde e para 19% delas os problemas apareceram durante a gestação. Para 57% a gravidez foi desejada, 20% tiveram abortamento anterior, 11% ameaça de abortamento na gravidez atual e 27% tinha familiares com problemas de saúde mental.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos e clínicos da amostra inicial (N=320)

	N	(%)
<b>Paridade</b>		
Prímigesta	124	(39,0)
Multigesta	196	(61,0)
<b>Idade</b>		
≤ 20 anos	71	(22,0)
> 20 anos	248	(78,0)
<b>Estado conjugal</b>		
Com Parceiro(a)	263	(82,0)
Sem Parceiro(a)	57	(18,0)
<b>Ocupação Profissional</b>		
Sim	107	(33,0)
Não	213	(67,0)
<b>Escolaridade</b>		
≤ oito anos	145	(45,0)
> oito anos	175	(55,0)
<b>Renda Familiar</b>		
≤ dois salários	296	(93,0)
> dois salários	24	(7,0)
<b>Tabagista</b>	44	(14,0)
<b>Problema de saúde</b>	36	(11,0)

	N	(%)
<b>Problema de saúde na gestação</b>	60	(19,0)
<b>Desejou o bebê</b>	181	(57,0)
<b>Abortamento anterior</b>	65	(20,0)
<b>Ameaça de abortamento atual</b>	34	(11,0)
<b>História de transtorno mental na família</b>	87	(27,0)

Em relação a segunda etapa do estudo, houve uma perda de 120 mulheres, permanecendo 200 que haviam participado da fase anterior. Concluiu-se o estudo com 139 mulheres, com perda de 61 sujeitos entre a segunda e terceira etapa.

Pela leitura da Tabela 3, após aplicação do teste qui-quadrado, é possível perceber que dentre as variáveis testadas houve diferenças estatisticamente significativas entre a amostra inicial e a da segunda etapa em relação à idade, escolaridade, atividade ocupacional e ameaça de abortamento, tendo permanecido no estudo sujeitos com maior escolaridade e com menos ameaça de abortamento. Em relação às perdas na terceira etapa, só houve diferença significativa de desejo pelo bebê, permanecendo no estudo uma porcentagem maior de mães que desejaram a criança.

Tabela 3 - Comparação do grupo de perda e de mulheres que completaram a segunda e terceira etapa da pesquisa, em relação às características sociodemográficas e de saúde

Variável Segunda etapa	Perdas	Estudo	X <sup>2</sup>	p-valor
	N = 120	N = 200		
<b>Idade</b>				
≤ 20 anos	37/120	39/200	7,015	0,008
> 20 anos	83/120	161/200		
<b>Escolaridade</b>				
≤ 8 anos de estudo	68/120	74/200	11,752	0,001
> 8 anos de estudo	52/120	126/200		
<b>Ocupação Profissional</b>				
Sim	29/120	76/200	6,510	0,011
Não	91/120	124/200		
<b>Ameaça de abortamento atual</b>	21/120	13/200	9,557	0,002
<hr/>				
Variável Terceira Etapa	Perdas	Estudo	X <sup>2</sup>	p-valor
	N = 61	N = 139		
Bebê desejado	28/61	86/139	4,411	0,036

Teste Qui-quadrado (p < 0,05)

Entretanto, em relação à saúde mental, não houve diferenças significativas entre as mulheres que permaneceram e as que deixaram de participar da segunda e terceira etapa da pesquisa. (Tabela 4)

Tabela 4 - Comparação do grupo de perdas e de mulheres que completaram a segunda e terceira etapa da pesquisa, em relação à saúde mental.

<b>Indicadores de Saúde Mental</b>	<b>Perdas (N=120)</b>	<b>Estudo (N=200)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p-valor</b>
<b>Traço 6 meses pós-parto</b>				
Normal	84/120	126/200	1,629	0,202
Alta ansiedade	36/120	74/200		
<b>Estado 6 meses pós-parto</b>				
Normal	82/120	132/200	0,184	0,668
Alta ansiedade	38/120	68/200		
<b>Estresse 6 meses pós-parto</b>				
Normal	52/120	74/200	1,260	0,262
Com estresse	68/120	126/200		
<b>Depressão 6 meses pós-parto</b>				
Normal	93/120	150/200	0,257	0,613
Com Sintomas	27/120	50/200		
<b>Traço 14 meses pós-parto</b>			0,598	0,440
Normal	36/61	90/139		
Alta ansiedade	25/61	49/139		
<b>Estado 14 meses pós-parto</b>			1,117	0,291
Normal	37/61	95/139		
Alta ansiedade	24/61	44/139		
<b>Estresse 14 meses pós-parto</b>			0,249	0,617
Normal	21/61	53/139		
Com estresse	40/61	86/139		
<b>Depressão 14 meses pós-parto</b>			1,769	0,183
Normal	42/61	108/139		
Com Sintomas	19/61	31/139		

Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

Quanto à saúde mental, na Tabela 5 é possível observar diferenças significativas na comparação das medianas de ansiedade traço/estado, e depressão, nas três etapas da pesquisa. Durante a gestação os escores de a A-estado e depressão foram mais altos, diminuíram significativamente aos seis meses e se mantiveram estáveis aos 14 meses. Em relação a A-traço só houve redução significativa aos 14 meses.

Tabela 5 - Comparação das medianas de ansiedade traço/estado, e depressão do grupo de mulheres que participaram das três etapas da pesquisa (N=139)

Indicadores de Saúde mental	3º trimestre	6 meses	14 meses	Contraste	p-valor
<b>A-Traço</b>	43 (27-71)	40 (22-74)	41 (22-74)	3t > 14m	0,026
<b>A-Estado</b>	43 (20-70)	38 (20-69)	38 (22-75)	3t > 6m; 14m	0,001
<b>Depressão</b>	10 (0-44)	7 (0-51)	6 (0-50)	3t > 6m; 14m	< 0,001

Teste Wilcoxon ( $p < 0,05$ ).

Ao comparar a porcentagem de participantes com sintomas de alta ansiedade traço/estado, estresse e depressão nos três momentos, observou-se que diminuiu, significativamente, a porcentagem de mulheres com sintomas, aos seis meses após o parto ( $p < 0,005$ ) (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação da porcentagem de mulheres que pontuaram para ansiedade traço/estado, estresse e depressão na gestação, aos seis e quatorze meses pós-parto (N=139)

	3º trimestre	6 meses	14 meses	Contraste*	p-valor
<b>Alta A-Traço</b>	49 (35%)	37 (26%)	44 (32%)	3ºt > 6m	(< 0,005)
<b>Alta A-Estado</b>	44 (32%)	37 (26%)	30 (22%)	3ºt > 6m	(< 0,005)
<b>Estresse</b>	86 (62%)	69 (49%)	73 (53%)	3ºt > 6m	(< 0,005)
<b>Depressão</b>	31 (22%)	24 (17%)	17 (12%)	3ºt > 6m	(< 0,005)

Teste Mc Nemar ( $p < 0,05$ )

Ao calcular a incidência aos 6 e 14 meses pós-parto, pode se perceber que o estresse foi o quadro com maior incidência nos dois momentos, aos seis e quatorze meses (19% - 28%). A menor incidência aos seis meses foi de alta a-traço (5%) e aos 14 meses foi de sintomas depressivos (4%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Incidência de ansiedade traço/estado, estresse e depressão no 6º e 14º mês pós-parto (N=139)

<b>Indicadores de Saúde Mental</b>	<b>Aos 6 meses</b>	<b>Aos 14 meses</b>
<b>Alta A-Traço</b>	05/90 (5%)	14/85 (16%)
<b>Alta A-Estado</b>	17/95 (18%)	5/78 (6%)
<b>Estresse</b>	10/53 (19%)	12/43 (28%)
<b>Depressão</b>	8/108 (7%)	4/100 (4%)

Em relação às condições de parto, 50% das mulheres tiveram parto vaginal, 13% tiveram alguma intercorrência durante os procedimentos como hemorragia. Apenas 6% das entrevistadas ficaram internadas após o parto, principalmente por eclampsia, cefaleia, pneumonia e infecção dos pontos. A grande maioria ficou em alojamento conjunto (93,0%) e 27.5% não conseguiram amamentar na primeira hora após o nascimento.

Aos seis meses, 32,5% das mães informaram que se sentiram inseguras em administrar os primeiros cuidados à criança, e a maioria contou com ajuda, seja para cuidar do bebê (72%) ou com as tarefas domésticas (70%). Grande parte das mães descreveram seus bebês de forma positiva (62,5%), especificando que eram calmos, tranquilos, alegres e saudáveis. (Tabela 8)

Tabela 8 - Condições de parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê (N=200)

<b>Categoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Via de Nascimento</b>		
Vaginal	100	(50,0)
Cesariana	100	(50,00)
<b>Problemas durante o parto</b>		
Sim	26	(13,0)
Não	174	(87,0)
<b>Internação da mãe após o parto além do período normal</b>		
Sim	12	(6,0)
Não	188	(94,0)
<b>Alojamento conjunto</b>		
Sim	186	(93,0)
Não	14	(7,0)
<b>Amamentação na primeira hora</b>		
Sim	145	(72,5)
Não	55	(27,5)
<b>Sentimentos maternos quanto aos primeiros cuidados</b>		
Segura	135	(67,5)
Insegura	65	(32,5)
<b>Ajuda nos primeiros cuidados</b>		
Sim	144	(72,0)
<b>Ajuda nas tarefas domésticas</b>		
Sim	140	(70,0)
<b>Percepção dos comportamentos do bebê</b>		
Positivo	125	(62,5)
Negativo	13	(6,5)
Positivo e Negativo	62	(31,0)



### Caracterização das crianças

Quanto às condições de nascimento, 93% das crianças nasceram a termo, com mais de 2,500 gs. Poucas precisaram continuar internadas após o nascimento (17%), em média sete dias, devido à icterícia. 12% dos bebês precisaram ficar em incubadora. Aos seis meses, apenas dos 6% dos bebês recebiam aleitamento materno exclusivo ou aleitamento materno com mamadeira (4.5%). Para a grande maioria já se havia introduzido a papinha, complementada pelo aleitamento materno e/ou pela mamadeira (84,0%). Aos seis meses, 81,5% dos bebês passavam a maior parte do tempo com a mãe (Tabela 9).

Tabela 9- Caracterização dos bebês ao nascer, alimentação e guarda aos seis meses (N=200)

<b>Categoria</b>	<b>Frequencia</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Idade gestacional</b>	186	(93,0)
A termo		
Prematuro	14	(7,0)
<b>Peso ao nascer</b>	185	(92,5)
≥ 2,500g		
< 2,500g	15	(7,5)
<b>Internação após nascimento</b>	34	(17,0)
Sim		
Não	166	(83,0)
<b>Em Incubadora</b>	24	(12,0)
Sim		
Não	176	(88,0)
<b>Alimentação aos seis meses</b>	12	(6,0)
<b>Aleitamento materno</b>		
<b>Aleitamento materno e mamadeira</b>	9	(4,5)
<b>Apenas mamadeira</b>	8	(4,0)
<b>Apenas papinha</b>	3	(1,5)
<b>Aleitamento materno e papinha</b>	54	(27,0)
<b>Mamadeira e papinha</b>	73	(36,5)
<b>Aleitamento mat., mamadeira e papinha</b>	41	(20,5)
<b>Cuidador Primário</b>	163	(81,5)
Mãe		
Outra pessoa	37	(18,5)

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor aos 6 meses, 40% dos bebês estavam em risco, 4% das crianças tinham atraso na área da linguagem, 14% na área pessoal-social, 19% na área motor adaptativo e 31% na área motor amplo. Aos 14 meses, 31% dos bebês estavam em risco, 3% tinham atraso na área motor adaptativa, 9% na área pessoal-social, 13% atraso no comportamento motor amplo e 23% atraso na área de linguagem (Tabela 10).

Tabela 10 - Desenvolvimento neuropsicomotor do bebê aos 6 e 14 meses

	Seis meses		Quatorze meses	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Desenvolvimento Global</b>				
Normal	119	(60,0)	96	(69,0)
Risco	81	(40,0)	43	(31,0)
<b>Área Pessoal-Social</b>				
Normal	144	(72,0)	105	(75,5)
Cautela	28	(14,0)	22	(16,0)
Atraso	28	(14,0)	12	(9,0)
<b>Área Motor Adaptativo</b>				
Normal	162	(81,0)	134	(96,0)
Cautela	0	(0,0)	1	(0,07)
Atraso	38	(19,0)	4	(3,0)
<b>Linguagem</b>				
Normal	174	(87,0)	68	(49,0)
Cautela	17	(9,0)	39	(28,0)
Atraso	9	(4,0)	32	(23,0)
<b>Área Motor Amplo</b>				
Normal	138	(69,0)	106	(76,0)
Cautela	0	(0,0)	15	(11,0)
Atraso	62	(31,0)	18	(13,0)

Comparando a porcentagem de bebês em risco para o desenvolvimento aos 6 e 14 meses pós-parto pode-se observar que, apesar de não significativo, diminuiu a porcentagem de bebês em risco aos 14 meses. Da mesma forma, a porcentagem de crianças com atraso de desenvolvimento motor adaptativo diminuiu significativamente aos 14 meses e aumentou a porcentagem de crianças com atraso de linguagem ( $p < 0,001$ ) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação da porcentagem de bebês em risco para o desenvolvimento e com atraso nas subáreas aos seis e quatorze meses

<b>Desenvolvimento</b>	<b>6 meses</b>	<b>14 meses</b>	<b>p-valor</b>
<b>Desenvolvimento Global</b>	40%	31%	0,092
<b>Pessoal-Social</b>	29%	24%	0,36
<b>Motor Adaptativo</b>	19%	4%	< 0,001
<b>Linguagem</b>	15%	51%	< 0,001
<b>Motor Amplo</b>	30%	27%	0,211

Teste McNemar ( $p < 0,05$ )

## **5.2 Tópico 2 - Fatores de risco e de proteção à saúde mental materna dentre as variáveis sociodemográficas, de parto e nascimento e de saúde mental materna, no terceiro trimestre gestacional, aos 6 e 14 meses pós-parto.**

Ao realizar o teste de regressão logística, observou-se que apenas ser multigesta mostrou-se como fator de risco para alta A-traço, as grávidas tinham 2.7 vezes mais chance de apresentar alta A-traço que as primigestas. Em relação a alta A-estado, as multigestas, participantes com problemas de saúde, tabagistas e com ameaça de abortamento tinham de 2 a 3 vezes mais chance de apresentar esse quadro no terceiro trimestre de gestação.

Aos seis meses, ter um familiar com transtorno mental foi fator de risco para ansiedade/traço e mães cujo filho precisou ficar na incubadora após o nascimento tinham 8,8 vezes mais chance de apresentar alta A-estado. Ter desejado o bebê foi um fator de proteção para alta ansiedade traço / estado. Ter pontuado para sintomas de ansiedade, estresse ou depressão na gestação foram preditores de ansiedade aos seis meses. Assim, sintomas de alta A-traço e depressão na gestação foram preditores de alta A-traço aos seis meses. Da mesma forma, alta A-estado e estresse no terceiro trimestre gestacional também aumentaram a chance da mãe apresentar sintomas de alta A-estado aos seis meses.

Aos 14 meses, passar pela experiência de abortamento anterior aumentou em 5 vezes a chance de alta A-traço e ter apresentado alta A-traço na gestação aumentou em 3 vezes a chance do mesmo quadro aos 14 meses. Quanto a alta A-estado aos 14 meses pós-parto, o risco era 4 vezes maior nas mulheres desempregadas, 6 vezes maior nas tabagistas e 7 vezes maior nas que sofreram ameaça de abortamento. (Tabela 12)

Tabela 12 – Modelo de regressão logística para sintomas de ansiedade traço no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto

<b>Ansiedade Traço</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Fatores Associados gestação (N = 320)</b>			
Multigesta	0,015	2,72	1,21 – 6,10
<b>Fatores Associados 6 meses pós-parto (N = 200)</b>			
Transtorno mental na família	0,035	5,68	1,13 - 28,47
Bebê desejado	0,005	0,02	0,00 – 0,31
Alta A-traço gestacional	0,000	1,27	1,12 – 1,44
Sintomas de depressão gestacional	0,001	1,13	1,02 – 1,24
<b>Fatores Associados 14 meses pós-parto (N = 139)</b>			
Ameaça de abortamento	0,031	5,30	1,17 - 24,71
Alta A-traço gestacional	0,033	3,72	1,11 - 12,43
<b>Ansiedade Estado</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Fatores Associados gestação (N = 320)</b>			
Multigestação	0,010	2,89	1,29 - 6,48
Problema de Saúde	0,028	2,50	1,10 – 5,65
Tabagismo	0,019	2,45	1,16 – 5,18
Ameaça de abortamento	0,035	2,41	1,06 – 5,45
<b>Fatores Associados 6 meses pós-parto (N = 200)</b>			
Desejo pelo bebê	0,049	0,24	0,06 – 0,99
Em Incubadora	0,023	8,84	1,35 – 57,67
Alta A-estado gestacional	0,011	1,09	1,02 – 1,16
Estresse gestacional	0,030	4,18	1,15 – 15,16
<b>Fatores Associados 14 meses pós-parto (N = 139)</b>			
Não ter ocupação profissional	0,029	4,30	1,16 - 15,94
Tabagismo	0,013	6,11	1,47 - 25,30
Ameaça de abortamento	0,027	7,63	1,27 - 45,98

Teste Regressão Logística ( $p < 0,05$ )

Com relação ao estresse, a leitura da tabela 11 permite identificar que, durante a gestação, o risco foi maior nas gestantes que tinham familiares com problema de saúde mental e eram tabagistas. Aos seis meses pós-parto, a chance de estresse foi 6 vezes maior entre as participantes que moravam com o parceiro durante o período gestacional e 3 vezes maior entre as que não receberam ajuda para cuidar do bebê nos primeiros tempos. Por outro lado,

parto vaginal e perceber o comportamento do bebê como positivo foram fatores de proteção para estresse.

O estresse aos seis meses também teve como preditores sintomas dos quadros de saúde mental apresentados na fase gestacional em especial com a alta A-estado, estresse e sintomas de depressão gestacional. Grávidas que apresentaram estresse na gestação tinham 4,8% mais chance de apresentar esse quadro aos seis meses.

Aos 14 meses pós-parto, mães que não viviam com o parceiro e que apresentaram sintomas de estresse na gestação, tinham 3 vezes mais chance de apresentar estresse, enquanto que as que referiram não desejar o bebê tinham 2 vezes mais chance de estresse nesse momento. (Tabela 13).

Tabela 13 – Modelo de regressão logística para sintomas de estresse no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto

	p-valor	OR	IC95%
<b>Fatores Associados gestação (N = 320)</b>			
Fam. Probl. Saúde Mental	0,003	2,53	1,37 – 4,67
Tabagismo	0,002	4,06	1,67 – 9,86
<b>Fatores Associados 6 meses pós-parto (N = 200)</b>			
Ter parceiro	0,006	5,92	1,64 – 21,31
Parto vaginal	0,013	0,29	0,11 – 0,77
Percepção positiva do bebê	0,022	0,32	0,12 – 0,85
Ajuda nos cuidados	0,041	3,39	1,05 – 10,93
Alta A-Estado gestacional	0,029	1,07	1,01 – 1,14
Estresse gestacional	0,003	4,85	1,69 – 13,89
Sintomas de depressão gestacional	0,000	1,15	1,07 – 1,24
<b>Fatores Associados 14 meses pós-parto (N = 139)</b>			
Não ter parceiro	0,045	3,56	1,03 - 12,29
Bebê não desejado	0,042	2,41	1,03 - 5,61
Estresse gestacional	0,014	3,26	1,27 - 8,37

Teste Regressão Logística (p < 0,05)

Quanto aos sintomas de depressão na gestação, o risco foi três vezes maior em multigestas. As de menor escolaridade e tabagistas tinham duas vezes mais chance de apresentar sintomas depressivos, quando comparadas com as não tabagistas e com maior escolaridade. Aos seis meses, o risco de apresentar sintomas depressivos foi 17 vezes maior para quem tinha menor escolaridade, com menos de oito anos de estudo, enquanto que a

prática de aleitamento e perceber o comportamento do bebê como positivo se mostraram fatores de proteção. Observou-se também que a alta A-traço e sintomas de depressão gestacional aumentaram em 23% o risco de sintomas de depressão aos seis meses pós-parto e que sintomas de depressão gestacional aumentaram em 9 vezes o risco para sintomas de depressão aos 14 meses pós-parto. (Tabela 14).

Tabela 14 – Modelo de regressão logística para sintomas de depressão no terceiro trimestre de gestação, aos 6 e 14 meses pós-parto

	p-valor	OR	IC95%
<b>Fatores Associados gestação (N = 320)</b>			
Multigesta	0,017	3,16	1,23 – 8,11
Ensino Fundamental	0,022	2,09	1,11 – 3,91
Tabagismo	0,023	2,56	1,14 – 5,78
<b>Fatores Associados 6 meses pós-parto (N = 200)</b>			
≤ 8 anos de estudo	0,030	17,15	1,32 – 222,22
Aleitamento materno	0,007	0,02	0,00 – 0,36
Percepção positiva do bebê	0,045	0,12	0,02 – 0,95
Alta A-Traço gestacional	0,011	1,23	1,05 – 1,45
Sintomas de depressão gestacional	0,006	1,23	1,06 – 1,42
<b>Fatores Associados 14 meses pós-parto (N = 139)</b>			
Sintomas Depressão gestacional	0,004	9,16	1,99 - 42,21

Teste Regressão Logística ( $p < 0,05$ )

### 5.3 Tópico 3 – Fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil aos 6 e 14 meses pós-parto, dentre as variáveis sociodemográficas maternas, condições de parto e nascimento e indicadores de saúde mental materna antes e após o parto.

Antes de apresentar a avaliação do desenvolvimento aos 6 e 14 meses, procurou-se verificar se amamentação, satisfação com a maternidade e percepção positiva da criança, estavam associadas a variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde mental do período gestacional.

Aos seis meses após o parto observou-se que a chance da criança estar sendo amamentada no seio era de 4.2 vezes maior entre as mães que viviam com o parceiro no último trimestre gestacional e, as chances de amamentar eram menores nas que tinham mães mais de oito anos de estudo. Baixa escolaridade foi, também, um fator de risco para perceber como positivos os comportamentos da criança. A valorização da maternidade, por sua vez, foi menor entre mães com alta A-traço aos seis meses e de maior renda (Tabela 15).

Tabela 15 - Regressão logística para amamentação ao seio, percepção do comportamento do bebê e da maternidade aos seis meses pós-parto

	p-valor	OR	IC95%
<b>Seio materno aos seis meses</b>			
Ter parceiro (a)	0,001	4,23	1,74 – 10,30
> Escolaridade	0,013	0,43	0,22 – 0,84
<b>Percepção positiva do bebê</b>			
< Escolaridade	0,009	2,35	1,24 – 4,46
<b>Percepção positiva de ser mãe</b>			
> Renda	0,010	0,48	0,27 – 0,84
Alta A-Traço seis meses	0,024	0,95	0,90 – 0,99

Teste Regressão Logística (p < 0,05)

Especificamente falando do desenvolvimento infantil, nenhuma variável sociodemográfica, clínica e de saúde mental do terceiro trimestre gestacional, assim como referentes ao parto, nascimento, cuidados com o bebê e saúde mental materna aos 6 e 14 meses pós-parto, foi preditora de atraso do desenvolvimento global do bebê aos 6 e 14 meses pós-parto (APÊNDICE D).

A análise de cada subárea específica mostrou que em relação ao desenvolvimento pessoal-social, aos seis meses, o sentimento de insegurança da mãe nos primeiros cuidados com o bebê aumentou em duas vezes as chances para atraso e, aos 14 meses, nascer com peso inferior à 2500g aumentou em 5 vezes a chance do bebê apresentar atraso na área pessoal



social. Quanto ao motor adaptativo, dentre as variáveis testadas, não se encontrou nenhuma associação, aos 6 e 14 meses.

Em relação à subárea da linguagem, aos seis meses não se encontrou nenhuma associação, mas aos quatoze meses, nascer de parto vaginal foi fator de proteção, e a mãe apresentar sintomas de estresse ao quatorze meses aumentava duas vezes a chance de atraso de linguagem nesse período.

Quanto ao desenvolvimento motor amplo aos 6 meses, a internação após o nascimento aumentou em 3,7 a chance de atraso enquanto que permanecer com a mãe a maior parte do tempo mostrou-se um fator de proteção. Aos 14 meses nenhuma das variáveis mostrou-se associada ao atraso nessa subárea. (Tabela 16)

Tabela 16 - Regressão logística para chance de atraso por área do desenvolvimento aos seis meses de vida

	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Pessoal-Social 6 meses pós-parto</b>			
Mãe Insegurança	0,033	2,37	1,07 - 5,25
<b>Pessoal-Social 14 meses pós-parto</b>			
Peso ao nascimento < 2500g	0,019	5,90	1,34 - 26,05
<b>Linguagem 14 meses pós-parto</b>			
Nascimento Vaginal	0,044	0,46	0,21 - 0,98
Mãe com estresse 14 meses	0,022	2,51	1,14 - 5,52
<b>Motor amplo 6 meses pós-parto</b>			
Bebê internado	0,010	3,76	1,37 - 10,32
Mãe como cuidador Primário	0,026	0,33	0,13 - 0,88

\*Regressão Logística ( $p < 0.05$ )

Ao procurar avaliar a associação do desenvolvimento nos dois momentos, observou-se que o desenvolvimento global, assim como o motor amplo, motor adaptativo e pessoal social aos seis meses, tinham uma associação significativa com o desenvolvimento aos 14 meses. Dentre os bebês que apresentaram risco para o desenvolvimento global ao quatorze meses, 43% já apresentavam risco no desenvolvimento global aos seis meses. Da mesma forma, 39% dos bebês com atraso na subárea Pessoal-Social, 15% dos bebês com atraso Motor adaptativo e 40% dos bebês com atraso Motor Amplo já haviam sido classificados como com atraso aos seis meses (Tabela 17).

Tabela 17 - Associação entre desenvolvimento neuropsicomotor do bebê aos seis meses com o desenvolvimento neuropsicomotor ao quatorze meses (N=139)

<b>Desenvolvimento neuropsicomotor 14 meses</b>					
	Normal		Risco		<b>p-valor</b>
	N	(%)	N	(%)	
<b>Desenvolvimento global 6 meses</b>					
Normal	64	(77,0)	19	(23,0)	0.012 <sup>a</sup>
Risco	32	(57,0)	24	(43,0)	
<b>Desenvolvimento por área 6 meses</b>					
<b>Pessoal-Social</b>					
Normal	80	(82,0)	18	(18,0)	0.010 <sup>a</sup>
Risco	25	(61,0)	16	(39,0)	
<b>Motor Adaptativo</b>					
Normal	111	(99,1)	1	(0,9)	0.005 <sup>b</sup>
Risco	23	(85,0)	4	(15,0)	
<b>Motor Amplo</b>					
Normal	81	(83,5)	16	(16,5)	0.002 <sup>a</sup>
Risco	25	(60,0)	17	(40,0)	

<sup>a</sup>Qui-quadrado ; <sup>b</sup>Teste de Fisher (p < 0.05)

#### 5.4 Tópico 4 – Variáveis sociodemográficas materna e desenvolvimento neuropsicomotor relacionadas às práticas e crenças parentais de cuidados e estimulação infantil aos 6 e 14 meses.

Com relação a práticas de cuidados primários, na Tabela 18, pode se observar que a maioria das mães (51%) tinham práticas bastante adequadas, mas, que apenas 32% atribuíam importância a esses cuidados. Em relação à estimulação, a maioria tinha práticas (72,0%) e crenças (73,0%) menos adequadas. Pelo teste de correlação de Spearman, houve uma correlação positiva significativa entre as práticas realizadas pela mãe e a importância atribuída a elas ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabela 18 - Frequência e porcentagem de práticas e crenças parentais mais e Menos adequadas

	Práticas				Importância			
	Cuidados		Estimulação		Cuidados		Estimulação	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Mais Adequadas</b>	71	(51,0)	39	(28,0)	45	(32,0)	38	(27,0)
<b>Menos Adequadas</b>	68	(49,0)	100	(72,0)	94	(68,0)	101	(73,0)

Na Tabela 19 pode se observar que dentre as variáveis sociodemográficas, não ter companheiro aumentou seis vezes a chance de exercer cuidados primários menos adequados e ter companheiro foi fator de proteção para estimulação menos adequada.

Tabela 19 - Regressão Logística para cuidados primários e estimulação dentre as variáveis sociodemográficas

Cuidados primários	p-valor	OR	IC 95%
> 20 anos	0,181	0,526	0,205 – 1,349
Viver com parceiro	0,001	6,431	2,048 – 20,196
<b>Estimulação</b>			
Múltipara	0,062	2,148	0,963 – 4,791
Viver com parceiro	0,048	0,258	0,067 – 0,990
> 8 anos de estudo	0,256	0,602	0,250 – 1,446

Teste Regressão Logística ( $p < 0,05$ )

Nenhuma variável sócio-demográfica mostrou-se preditora da importância atribuída aos cuidados, mas, com relação à importância atribuída à estimulação, mães que não tinham companheiro tinham quatro vezes mais chance de não valorizar práticas mais adequadas de estimulação (Tabela 20).

Tabela 20 - Regressão Logística para crenças de estimulação inadequadas, dentre as e variáveis sociodemográficas

	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
< 20 anos	0,059	0,230	0,050 – 1,056
Sem parceiro	0,048	4,629	1,014 – 21,123
< 8 anos de estudo	0,261	0,602	0,249 – 1,460

\*Regressão Logística ( $p < 0,05$ )

Não se observou nenhuma associação significativa entre o desenvolvimento neuropsicomotor aos 14 meses com as práticas de cuidados primários e de estimulação (APÊNDICES F, G).

Houve uma associação significativa entre o desenvolvimento motor amplo e a importância dada aos cuidados ( $p < 0,024$ ), 36% dos filhos de mães que davam maior importância aos cuidados, apresentaram atraso no desenvolvimento motor amplo e 18% dos filhos de mães que davam menor importância aos cuidados apresentaram atraso nessa subárea.

Em relação à importância dada à estimulação, houve uma associação significativa ( $p = 0,015$ ) com o desenvolvimento da linguagem, 57% das crianças com atraso nessa área tinham mães que davam menor importância à estimulação.

Ao proceder a análise multivariada, crenças maternas menos adequadas apareceram como fator de proteção para o desenvolvimento motor amplo e mães com crenças de estimulação menos adequadas tinham três vezes mais chance de ter filhos com atraso de linguagem (Tabela 21).

Tabela 21 - Regressão logística para atraso no desenvolvimento na área de linguagem e motor amplo aos 14 meses associado à importância dada a práticas menos adequadas de estimulação

<b>Crença Estimulação</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Linguagem	0,003	3,83	1,56 - 9,41
Motor Amplo	0,023	0,32	0,12 - 0,85

Teste Regressão Logística ( $p < 0,05$ )

## 6 DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

#### Características das mães

A maioria das participantes desta amostra, moradoras de três cidades do interior paulista, foi composta por mulheres adultas, com aproximadamente 25 anos, que haviam concluído o Ensino Médio, viviam com o parceiro(a), e já tinham passado pela experiência de gestação. No terceiro trimestre gestacional, mais da metade não exercia ocupação profissional remunerada e a renda familiar era de até dois salários mínimos.

As 320 mulheres que iniciaram o estudo tinham um perfil bastante semelhante ao das amostras de outros estudos nacionais que avaliaram a saúde mental de gestantes e puérperas, a não ser em relação ao número de filhos em que, neste estudo, a maioria das mulheres era múltipara (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; FAISAL-CURY; MENEZES, 2007; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA et al., 2012; MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013; MORAES et al., 2006; SILVA FILHO, 2011).

A idade, a renda e a escolaridade correspondem ao perfil sociodemográfico de usuárias do SUS, traçado por Ribeiro et al. (2006), e especificamente com relação ao aumento da escolaridade materna, confirma-se a constatação de Porto, Ugá e Moreira (2011) a partir dos dados do PNAD/IBGE, que verificaram um aumento na escolaridade e na renda familiar dos usuários do SUS de 2003 a 2008. Para Victora et al. (2011), no que se refere à saúde materno-infantil, vários dos progressos alcançados no Brasil nos últimos anos se devem a mudanças socioeconômicas e demográficas, como o crescimento econômico, a redução das disparidades de renda, urbanização, redução nas taxas de fecundidade e maior escolaridade das mulheres.

As características dessas gestantes também se assemelharam às das participantes de pesquisas internacionais (BRITTON, 2008; BROUWERS; BAAR e POP, 2001; COELHO et al., 2011; DOIS et al., 2012). Em apenas dois estudos, as mulheres eram primíparas, mais velhas (média de 31 anos) e tinham maior escolaridade (AUSTIN; TULLY; PARKER, 2007; CORNISH et al., 2005). A maioria das gestantes relatou que não tinha nem desenvolveu problemas de saúde durante a gestação. Poucas (14%) disseram que eram fumantes, 20% tiveram abortamento anterior e 11% tiveram ameaça de abortamento na gravidez atual.

Em geral, o número de fumantes diminuiu durante a gestação, pois muitas mulheres deixam de fumar no momento em que descobrem a gravidez (KIRKLAND; DODDS;

BROSKY, 2000; LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). As que não o fazem alegam que não conseguem parar (MACÊDO, 2006; VOLLBRECHT et al., 2004 apud GONDIN; SILVA; POSSATO; PARADA; TONETE, 2007) ou têm poucas informações sobre os riscos do fumo para sua saúde e a de seu filho (POSSATO; PARADA; TONETE, 2007). A farta evidência dos prejuízos que o fumo pode causar ao feto (LEOPÉRCIO e GIGLIOTTI, 2004) levaram o Ministério da Saúde a orientar que o obstetra, ao longo do pré-natal, informe a gestante dos problemas que o tabaco pode causar ao feto que “também fuma” e incentive a mulher a reduzir o consumo ou parar de fumar. A informação não deve ser transmitida como julgamento moral porque pode levar a gestante a abandonar o pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Quanto a abortos, são frequentes os abortos anteriores entre gestantes não primigestas que frequentam serviços públicos de saúde. No estudo de Poles e Parada (2000), metade das mulheres entrevistadas havia tido um aborto anterior e 20% tinham tido dois. Para as autoras, apesar das políticas atuais terem incentivado o comparecimento a consultas pre-natais em inúmeras campanhas, ainda não se garante a qualidade da assistência prestada à gestante e a redução de perdas gestacionais.

Quanto à via de parto, metade das gestantes desta amostra teve parto via vaginal. Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizar que a taxa ideal de cesáreas deveria ficar entre 10% a 15% do total de partos, a taxa de cesárea é muito superior no Brasil, com 52% dos nascimentos ocorrendo pela cirurgia cesariana (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, 2014). Na cidade de Bauru, local de moradia de mais de 60% das entrevistadas, em 2010, segundo dados o Sistema Estadual de Análise de Dados-SEADE (2012), 42% das parturientes tiveram o bebê via parto vaginal. Nesta pesquisa, esperava-se uma porcentagem menor de nascimentos por via cesariana, visto que as mulheres eram usuárias de serviços pré-natais do SUS e já se constatou uma taxa maior de parto vaginal, em torno de 66%, nessa clientela (MELLER E SCHÄFER, 2011).

Na maioria dos casos não houve intercorrências durante o nascimento, mãe e bebê ficaram em alojamento conjunto e as mães amamentaram na primeira hora após o nascimento. É uma porcentagem de boas práticas ao nascer, superior aos índices nacionais, quando, entre os anos de 2011 e 2012, 64% dos recém-nascidos ficaram em alojamento conjunto e apenas 41% mamaram na primeira hora de vida (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2014). Segundo vários autores, a permanência no alojamento conjunto possibilita que as mães, em especial as primíparas, contem com o modelo e auxílio de outras mães nos cuidados ao recém-nascido

(PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010; KLAUS; KENNEL, 1993), o que deve ter contribuído para o sentimento de segurança nos cuidados relatado por elas.

As participantes, em sua grande maioria, também, contaram com ajuda nos primeiros tempos, tanto para cuidar da criança como das tarefas domésticas. Segundo Rapaport e Piccinini (2006), esse apoio tende a aumentar a responsividade materna, beneficiando a relação mãe-bebê. As condições propícias de nascimento e de primeiros cuidados também devem ter influenciado a percepção positiva que a maioria tinha dos comportamentos do bebê isto é, elas se sentiam capazes de atender suas necessidades, proporcionando uma boa relação com eles.

No segundo momento da pesquisa, das 320 mulheres da amostra inicial permaneceram 200. Houve algumas recusas em continuar participando, principalmente de mães que estavam trabalhando, mesmo tendo sido oferecidos horários e dias alternativos, mas a grande maioria das perdas deveu-se a sujeitos não localizados depois da alta hospitalar. Segundo Victora et al. (2011), esse é um dos grandes empecilhos das pesquisas longitudinais no Brasil. Apesar de várias medidas tomadas para minimizar a perda amostral, a alta mobilidade física e às más condições socioeconômicas de grande parte das mães dificultam sua localização, com endereços e telefones inexistentes ou desligados. As perdas modificaram algumas características sociodemográficas da amostra, tendo permanecido no estudo sujeitos com maior escolaridade e menos mulheres que haviam sofrido ameaça de abortamento. Na terceira etapa, também se registraram perdas amostral, mas a única diferença significativa em relação ao segundo momento foi que mais mães que não desejaram a gravidez deixaram de participar do estudo. Todos esses fatores precisam ser considerados na análise dos resultados, mas, é preciso frisar que a saúde mental materna, uma das variáveis explicativas de peso neste estudo, não sofreu mudanças significativas com a perda amostral nos dois momentos do estudo.

#### Caracterização das crianças

Quanto aos bebês participantes, a maioria nasceu a termo com mais de 2500g, não precisando ficar internados ou em incubadora após o nascimento. Aos seis meses, a maioria já estava usando mamadeira e complementando com a papinha. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) recomendam a prática de amamentação exclusiva até os seis meses de idade. Entretanto, no Brasil, nota-se uma redução moderada da prevalência do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007).

Para a maioria das crianças, aos seis meses, o principal cuidador era sua mãe e apenas uma pequena porcentagem (18%) ficava sob os cuidados de outras pessoas, tais como familiares, vizinhos e creches.

Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, 40% dos bebês que participaram da segunda etapa apresentavam risco para o desenvolvimento e, aos 14 meses, 31% estavam em risco. Uma porcentagem significativa de crianças que estava em risco aos 14 meses já apresentava risco aos seis meses, sinalizando para a necessidade de avaliação desde os primeiros meses, para programar intervenções que possam prevenir atrasos futuros (FIGUEIRAS et al., 2003; RODRIGUES, 2003).

A comparação dos resultados das diversas pesquisas é difícil porque o tamanho das amostras e as idades variaram muito, em um período de aceleradas mudanças no desenvolvimento. Mesmo assim, em média, a porcentagem de crianças em risco ficou próxima da encontrada em outros estudos populacionais. No estudo de Carneiro (2008), 42% das crianças de zero a 24 meses apresentaram risco de atraso no desenvolvimento e a área mais prejudicada foi o motor amplo, com 38% de crianças com comprometimento nessa área. Halpern et al. (2000), que avaliaram crianças de 12 meses, observaram que 34% apresentaram suspeita de atraso no desenvolvimento. No mesmo local, com uma nova coorte de mesma idade, Halpern et al. (2008) identificaram que 21% das crianças estavam em risco. Cunha e Melo (2005), com crianças cuja idade variou de zero a 12 meses, identificaram prevalência de 46% com suspeita de atraso. Veleda, Soares e Cézar-Vaz, (2011) encontraram prevalência de 20,5% de suspeita de atraso e Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) encontraram 43% de suspeita de atraso em crianças com um ano.

Como era esperado, a prevalência de suspeita de risco em crianças de zero a três anos que nasceram com alguma condição de risco, foi maior. No estudo de Chermont et al. (2005), com prematuros, foi de 90% e 79% no de Rossit et al. (2013). Entretanto, dois estudos com crianças prematuras e baixo peso mostraram índices inferiores aos do presente estudo. Kreling et al. (2006) observaram que 38% das crianças de 5 a 7 meses avaliadas tinham risco para atraso, especialmente na área motora (20%) e Nobre et al. (2009), com crianças na faixa de 10 a 14 meses, identificaram que 27% estavam em risco.

Como na presente avaliação caiu a porcentagem de bebês que apresentaram suspeita de atraso no desenvolvimento aos 14 meses (31%), pode-se levantar a hipótese que algumas crianças avaliadas como de risco aos seis meses, na realidade, não apresentavam riscos. Apesar do teste de Denver II ser bastante utilizado por sua facilidade na aplicação e por ser reconhecido internacionalmente (MAGALHÃES et al., 1999), alguns estudos apontam falhas



em sua validade preditiva e sensibilidade (GREER; BAUCHNER; ZUCKERMAN, 1989; MEISEL, 1989). No estudo Glascoe et al. (1992), apesar do teste ter identificado corretamente 83% dos casos de crianças de risco, mais da metade das crianças com desenvolvimento normal foram identificadas como falsos positivos. Para Drachler (2000), o problema está em seu sistema de escore dividido em três categorias (normal, cautela e atraso), ineficiente para fornecer informações a respeito da variabilidade do desenvolvimento. Segundo a autora, o ponto de corte é bastante exigente e principal responsável pela alta prevalência de crianças consideradas como suspeitas de atraso.

Deve-se levar em conta, também, que aos seis meses, as crianças estavam na fase do apego propriamente dito (BOWLBY, 1976/2006), onde se espera inibição frente a estranhos e, conseqüentemente, deixar de emitir comportamentos que ela já pode dominar. Por outro lado, muitos comportamentos que fazem parte da avaliação nessa idade não são observados diretamente, mas, a partir do relato materno, que pode ser impreciso, com a mãe ora subvalorizando, ora supervalorizando o desempenho do filho.

### **Saúde mental materna**

Uma parcela considerável das participantes apresentava problemas de saúde mental no terceiro trimestre gestacional, com maior prevalência de estresse, seguido de alta ansiedade e sintomas depressivos. Possivelmente, as mães não tinham percepção de terem esses problemas, na medida em que, ao responder ao questionário inicial, a maioria informou não ter problemas de saúde.

### **Ansiedade no terceiro trimestre de gestação**

Ao longo das três etapas do estudo, os escores de sintomas de ansiedade traço / estado foram semelhantes. Outras pesquisas realizadas com o mesmo instrumento também obtiveram escores próximos de ansiedade-traço e de ansiedade-estado (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007; SCHIAVO, 2011). Para Biaggio, Natalício e Spielberger (1977), é de se esperar que sujeitos que têm alta A-traço apresentem A-estado mais elevada que indivíduos de baixo A-traço porque, a primeira medida é estável e os sujeitos que têm alta ansiedade-traço tendem a reagir a uma larga faixa de situações como perigosas ou ameaçadoras.

Os índices de alta ansiedade encontrados no terceiro trimestre de gestação foram inferiores aos de outros estudos nacionais (ARAÚJO et al., 2008; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; SCHIAVO, 2011), provavelmente, devido ao ponto de corte adotado neste trabalho ser superior ao dos trabalhos citados. Segundo a literatura, alta ansiedade materna pode afetar saúde materno-infantil, sendo necessário atenção especial dos profissionais às gestantes que apresentam elevados escores de ansiedade (ALDER et al., 2007; BENER, 2013; BROUWERS; VAN BAAR, 2001; BUSS et al., 2010; COELHO et al., 2011; CONDE; FIGUEIREDO, 2003; FAISAL-CURY et al., 2010; KURKI et al., 2000; ROSS et al., 2003; O'CONNOR, 2003).

Um maior número de filhos apresentou-se como fator de risco para ansiedade-traço e ansiedade-estado. Apesar de Maldonado (1997) e Soifer (1980) acreditarem que sintomas de ansiedade gestacionais são mais comuns em primigestas do que em multigestas, Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999) identificaram que ter três ou mais filhos com idade inferior a 14 anos aumentava o risco para sintomas ansiosos e depressivos maternos.

Nos últimos anos, a emancipação feminina, sua participação na força de trabalho e o grande número de famílias monoparentais aumentaram as responsabilidades associadas ao papel materno, em muitos casos, acompanhadas de culpa e ansiedade por não corresponder integralmente ao ideal de maternagem difundido na cultura ocidental (ROSA, 2009; AZEVEDO; ARRAIS, 2006). Apesar de não se ter informações se as participantes já

apresentavam alta ansiedade-traço antes da gravidez ou se foi após a notícia da gestação, pode se hipotetizar que, para essas mulheres, usuárias do SUS, com baixa escolaridade e renda, a presença de mais um filho se associa com mais preocupações diárias com alimentação, mais contas a pagar, interferências na relação conjugal e na maternidade de toda a prole, configurando-se em um contexto de vida que pode explicar porque a multigestação se apresentou como fator de risco para ansiedade.

A alta ansiedade das participantes multigestas, portanto, pode estar sinalizando um conflito entre o desejo pela redução de natalidade e seu estado gestacional, visto que um alto número de gestantes referiu não desejar a gravidez (43%).

No caso da alta ansiedade-estado, além da multigestação, condições que ameaçam a gravidez apareceram como fatores de risco: problemas de saúde (diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo, hipertensão arterial crônica, epilepsia e depressão), uso de tabaco e ameaça de abortamento. Os problemas de saúde podiam ser anteriores à gestação, podendo acarretar complicações para mãe e feto e caracterizando a gestante como paciente de pré-natal de alto risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BARTH et al., 2010; SILVA et al., 2003; PASCOAL, 2002). Apesar do ambulatório de risco ter um acompanhamento mais constante, o medo com a possibilidade de agravamento do quadro e a incerteza sobre futuros problemas no parto e com o bebê podem ter elevado o nível de ansiedade-estado com a proximidade do nascimento.

A ansiedade-estado também foi associada à ameaça de abortamento da gravidez atual. Mulheres que passaram pela ameaça de abortamento no início da gestação, possivelmente, tendem a ficar apreensivas ao longo da gestação pelo medo da perda do feto, mesmo quando não há mais riscos. Se a gestante já correu risco real no início da gravidez ou se teve que lidar com uma gestação de risco, no terceiro trimestre, período marcado pelos medos - medo de morrer, medo de que o bebê morra no parto, entre outros-, muito provavelmente, também se observará alta ansiedade (LANGER, 1986; MALDONADO, 1997; SZEJER; STEWAET, 1997; SOIFER, 1980).

O uso do tabaco também se configurou como fator de risco para ansiedade estado. Há evidências de que o hábito de fumar é maior entre os sujeitos ansiosos e com transtorno de ansiedade (JOHNSON et al, 2000; MUNARETTI; TERRA, 2007). Segundo Rondina, Gorayeb e Botelho (2007), sujeitos tabagistas tendem a ser mais tensos, impulsivos, ansiosos e depressivos do que ex-fumantes e não fumantes. Gestantes tabagistas, em geral, já eram fumantes antes da gravidez e considerando que o terceiro trimestre é o mais tenso pela proximidade do parto (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; FREITAS e BOTEGA,

2002; MALDONADO; DICKSTEIN, 2010), justifica-se a associação entre tabagismo e ansiedade-estado (FONTANELLA; SECCO, 2012; VOLLBRECHT et al., 2004).

### **Estresse no terceiro trimestre de gestação**

Quanto ao estresse, assim como em outros estudos, foi o problema de saúde mental mais frequente no terceiro trimestre gestacional (CAMARGO; CARRAPATO, 2012; SEGATO et al., 2009; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011; WOODS et al., 2010). Schiavo e Rodrigues (2011) identificaram que, na literatura, a frequência de gestantes com estresse é superior a de mulheres não grávidas e Araújo, Albertini e Guimarães (2010), que avaliaram gestantes, desde o quinto mês até o final da gestação, observaram que a maior prevalência de estresse ocorria no oitavo mês.

Na presente pesquisa, poucas participantes apresentaram estresse nas fases de Quase exaustão e Exaustão, e, como em outros estudos, houve um predomínio de quadros na fase de Resistência (CORREIA et al., 2011; FERNANDES et al., 2013; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). No final da gestação, a manifestação de estresse e de ansiedade moderada pode ser um sinal esperado, pois, a mulher vai entrar em uma nova fase do seu desenvolvimento, especialmente se é primigesta, vai deixar de exercer apenas o papel de filha e assumir, também, o papel de mãe. Se ela já for mãe, suas responsabilidades aumentam. Apesar de não ser uma situação necessariamente ruim, pode ser considerado um evento estressor devido à novidade. Ao mesmo tempo, os temores em relação ao parto, com a sobrevivência do bebê, preocupações financeiras, conjugais, de rede de apoio, a mudança do seu próprio corpo, entre vários outros motivos subjetivos, que variam de gestante para gestante, são fatores que justificam sintomas de estresse, neste período (BUIBELAAR et al., 2003; CAMARGO; CARRAPATO, 2012; WOOD et al., 2010). No presente estudo, gestantes que tinham familiares com problemas de saúde mental e/ou as que faziam uso do tabaco apresentaram maior risco de estresse no terceiro trimestre gestacional.

As explicações quanto ao risco de gestantes fumantes apresentarem estresse são semelhantes ao que foi analisado no quadro de ansiedade. Com relação a ter familiares com problemas de saúde mental, dependendo da gravidade, ele pode ser um fator estressor por exigir da família uma série de cuidados que sobrecarregam o familiar (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; SOARES; MUNARI, 2007). Na maioria dos casos o problema apontado foi a depressão de mãe, de irmãos e de parceiro. Além da sobrecarga nos cuidados, a gestante pode antever que muito possivelmente, não vai poder contar com a presença e o apoio do familiar doente e nos primeiros cuidados com o bebê (GAO; CHAN;

MAO, 2009; MARTINS et al., 2008; RAPOPORT; PICCININI, 2006) especialmente se for a mãe ou parceiro, figuras importantes no parto (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELI, 2007; MOTTA et al., 2005).

### **Sintomas de depressão no terceiro trimestre de gestação**

A porcentagem de sintomas de depressão no terceiro trimestre de gestação, foi menor que a encontrada em alguns estudos nacionais (COUTO et al., 2009; DAVID et al., 2008; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012) e maior do que de outros (BENUTE et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; SILVA et al., 2012; ZACONETA et al., 2013). Segundo Pereira e Lovisi (2008), em estudo de revisão, no Brasil, a prevalência de depressão ficou entre 8% e 38%, nos países em desenvolvimento ficou entre 8% e 56% e em países desenvolvidos, entre 6% e 30%. Observou-se uma grande diversidade de instrumentos para avaliar os sintomas de depressão, desde escalas tipo likert para rastreamento/triagem, como a EPDS, o BDI e a Escala HAD, até avaliações diagnósticas, com o uso dos critérios do CID 10 e DSM IV. Apesar da diversidade, os autores concluem que, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, a média da prevalência de depressão deve ficar em torno dos 20%, com uma prevalência mais alta em países em desenvolvimento, no terceiro trimestre de gestação.

Apesar de poucas pesquisas, a literatura associa a depressão na gestação com a depressão pós-parto (EVANS et al., 2001; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012, SILVA et al., 2012; ZACONETA et al., 2013). Neste estudo, a porcentagem de mulheres com sintomas de depressão gestacional foi significativamente superior à de mulheres com sintomas de depressão aos seis meses e 14 meses pós-parto.

Assim como ocorreu com a ansiedade e o estresse, ser tabagista e ter mais de um filho também foram variáveis preditoras de depressão gestacional, além da baixa escolaridade. O baixo nível educacional já foi associado ao maior consumo de cigarro no período gestacional (ZHU; VALBO, 2002). Jansen et al. (2010) e Zhu e Valbo (2002) observaram que havia uma probabilidade maior da mulher apresentar depressão na gestação quanto maior número de cigarros consumidos por dia. Mesmo quando ela tinha consciência dos prejuízos que seu uso podia acarretar para a sua saúde e de seu feto/filho, ela tinha grande dependência do tabaco. Na pesquisa de Goodwin, Keyes e Simuro (2007), os transtornos mentais de grávidas americanas, dependentes de nicotina, foram transtorno do humor; depressão maior; distímia e transtorno do pânico.

Na literatura, a baixa escolaridade já foi identificada como fator de risco para depressão na gestação (BERETTA et al, 2008; PEREIRA; LOVISI, 2008). Algumas pesquisas indicam que o grau de instrução materna não é apenas indicador de menor conhecimento, mas, representa, também, pior nível socioeconômico (PEREIRA; LOVISI, 2008; STEIN et al., 2008; VON RUEDEN et al., 2006). Mães com menor escolaridade têm mais desvantagens sociais e materiais, pior nível de informação, menor possibilidade de emprego estável, o que pode influir na perspectiva de futuro e de qualidade de vida que ela antevê frente a uma nova gravidez, podendo ocasionar o quadro depressivo (BORGES et al., 2011).

### **Saúde mental aos seis meses**

Aos seis meses, houve uma redução do número de mães com problemas de saúde mental. Mesmo assim, o índice de sintomas ainda merece a atenção por parte dos profissionais de saúde que trabalham com esse público. A prevalência de alta ansiedade-traço e ansiedade-estado foi superior à encontrada por Schiavo (2011), mas, inferior à do estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), sendo que estes autores utilizaram um ponto de corte mais baixo que do presente estudo.

Corroborando a literatura, a porcentagem de mulheres com ansiedade foi maior no período gestacional do que no puerpério (BREITKOPF et al., 2006; SCHIAVO, 2011) e superior à porcentagem de sintomas depressivos (WENZEL et al., 2005). Possivelmente, após o nascimento não havia mais preocupações relacionadas ao parto e as mães já haviam superado as dificuldade iniciais referentes aos cuidados e estavam se adaptando à nova situação.

A escassa literatura (MEINLSCHMIDT et al., 2010) não permitiu que se comparassem as porcentagens de estresse deste estudo com outros, mas Rodrigues e Schiavo (2011), também, identificaram uma queda na proporção de mulheres que apresentaram sintomas de estresse da gestação para o puerpério, e atribuíram o estresse pós-parto a fatores do dia-a-dia, preocupações com a volta ao trabalho, atividades do lar, dificuldades conjugais, entre outros, somados à condição de ter que lidar com um bebê.

Com relação à depressão, os índices foram superiores aos 10% a 17% de mulheres com depressão pós-parto esperados para países desenvolvidos (CANÁRIO; FIELD, 2014; COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007; EVANS, 2001; FIGUEIREDO; LANES; KUK; TAMIM, 2011; STEIN et al., 2008; YOSHIDA et al., 2001), superiores alguns estudos nacionais (MOSSO et al., 2008; MORAES et al., 2006; SILVA et al., 2012; ZANCONETA et

al., 2013) e inferiores a outros, tanto nacionais como sulamericanos (DOIS, et al., 2012; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011; GUEDES et al., 2011; e MATOS; PIÉLAGO; FIGUEROA, 2009).

A discrepância nas porcentagens dos diferentes estudos pode estar associada a vários fatores, desde diferentes contextos em que as mães viviam, que propiciavam diferentes níveis de qualidade de vida, momento em que se deu a avaliação e, principalmente, aos instrumentos utilizados para diagnosticar os quadros, sendo que alguns estudos recorreram a questionários de rastreio, mais ou menos específicos para puérperas, ou mesmo avaliações clínicas (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011). Apesar da importância dada na literatura à depressão pós-parto, como em outros estudos (EVANS et al., 2009; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; SILVA et al., 2012; ZACONETA et al., 2013), foi menos prevalente que a depressão pré-parto e com poucos casos novos de sintomas depressivos aos seis meses (4% - (Tabela 6), sinalizando que as mulheres que apresentaram os sintomas aos seis meses já apresentavam esse quadro na gestação.

Com relação aos fatores de risco para a depressão, iniciando com as variáveis sociodemográficas, viver com o parceiro no período gestacional se apresentou como fator de risco para estresse aos seis meses pós-parto. Como não se pesquisou se as mulheres continuavam com o companheiro aos seis meses e várias uniões não eram casamentos formais, é possível que algumas relações tenham acabado nesse período e o risco de estresse esteja associado a um acréscimo das tarefas que a mulher precisa desempenhar, sem poder contar com a ajuda do parceiro. Não contar com ajuda nos cuidados manteve-se como fator de risco para o estresse na regressão final. O apoio social é de grande importância em períodos de mudança e transição, como quando se tem que assumir a parentalidade (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011). Rapoport e Piccinini (2006) observaram que, apesar das puérperas terem diferentes necessidades de apoio social, o fato da mãe não ter com quem contar nos cuidados apareceu como um fator negativo e estressante.

Entretanto, se as mães continuavam vivendo com o parceiro, a associação pode estar sinalizando para uma insatisfação conjugal que, muitas vezes, é potencializada pelo nascimento de uma criança. No estudo de Wilkinson (1995), a insatisfação conjugal teve início no segundo e terceiro trimestres gestacionais e aumentou aos três meses após o parto. Outras pesquisas indicam que a satisfação conjugal entra em declínio após o nascimento do primeiro filho e que multíparas apresentam maior insatisfação conjugal que primíparas (CROHAN, 1996; FALCONE; FERREIRA, 2009; WILKINSON, 1995; SARDINHA).

Quanto à baixa escolaridade, confirmando a literatura, ela apareceu como fator de risco para depressão (COELHO et al., 2011; FISHER et al., 2012; LANCASTER et al., 2010; PEREIRA; LOVISI, 2008; RUSCHI et al., 2007). Estudos identificaram que a baixa escolaridade estava associada, por sua vez, a baixo nível socioeconômico e difíceis condições de vida (GOMES et al, 2010; MORAES et al., 2006). Essas variáveis, juntas, fazem parte dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), fatores de ordem econômica e social que afetam as condições de saúde de uma população (RODRIGUES; PEDROSO; BUCHER-MALUSCHKE, 2013), inclusive sua saúde mental (RUSCHI, 2007; MORAES et al., 2006; SILVA, 2008). Para Stein et al (2008), a baixa escolaridade e baixa renda desempenharam um papel moderador, isto é, os efeitos adversos da depressão foram consideravelmente maiores quando as mães eram provenientes dos extratos socioeconômicos mais baixos.

Um grande número de variáveis relacionadas com condições de nascimento e primeiros cuidados se apresentaram como preditoras dos diferentes quadros. Em primeiro lugar, a criança ter permanecido na incubadora apareceu como fator de risco para ansiedade-estado. Intercorrências com o recém-nascido e o fato dele precisar permanecer na incubadora, geram preocupações quanto à sua evolução e prognóstico e podem estar associados à alta ansiedade no puerpério (FAISAL-CURY et al., 2006; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011; PADOVANI et al., 2004; PEROSA et al., 2009). Em segundo lugar, na medida em que a criança tem que ficar internada, a separação precoce pode influenciar negativamente a relação mãe-bebê, criando ansiedade materna por não conhecer as reais necessidades do filho e não poder testar sua capacidade de satisfazê-las (KLAUS; KENNEL, 1992).

Mas, a maioria das variáveis relacionadas as condições de nascimento apareceu como fator de proteção. Em relação à via de parto, o parto vaginal mostrou-se como fator de proteção para estresse aos seis meses. Não se encontraram estudos que associassem estresse a via de parto, apesar de trabalhos indicarem que a violência obstétrica pode levar a mulher a desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático (DIORIO, 2003; SOET; BRACK; ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009). A indicação de cesárea de emergência pode provocar na mulher maiores chances de apresentar reações de estresse após os primeiros meses do parto (RYDING; WIJMA; WIJMA, 1997). Skari et al. (2002) observaram que puérperas que realizaram cesarianas apresentaram sinais de sofrimento psíquico relacionado à cirurgia nas primeiras semanas após o parto. Por outro lado, em geral, gestantes manifestam preferência pela via de parto vaginal (DOMINGUES et al, 2014; FAÚNDES et al., 2004; TEDESCO et al, 2004) e as mulheres que tiveram esse tipo de parto podem ter ficado



satisfeitas em terem seu desejo atendido, tendo apresentado menos intercorrências e, conseqüentemente, menor estresse aos seis meses.

Da mesma forma, o aleitamento materno foi um fator de proteção para depressão. Mulheres com sintomas de depressão se mostraram menos propensas a iniciar o aleitamento materno e mantê-lo como forma de alimentação exclusiva até os seis meses (DENNIS; MCQUEEN, 2009) e quanto maior o escore de depressão no terceiro trimestre gestacional menor o tempo de amamentação exclusiva (FIGUEIREDO; CANÁRIO; FIELD, 2014). Houve redução nos sintomas de depressão quando a mulher iniciou ou manteve a amamentação exclusiva por três ou mais meses, o que pode estar relacionado aos hormônios lactogênicos (ocitocina e prolactina) que têm efeitos antidepressivos e ansiolíticos (MEZZACAPPA; ENDICOTT, 2007), assim como a amamentação propicia uma melhor relação com o bebê (KLAUS; KENNEL, 1993; ARANTES; MONTRONE; MILIONI, 2008).

Uma relação positiva com a criança, seja porque a gravidez foi desejada, como por ter uma percepção positiva dela, se mostrou como fator de proteção para ansiedade e depressão. Já se observou que mães não deprimidas percebiam os comportamentos do bebê de forma mais positiva que mães com sintomas de depressão (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014), e que estas, por sua vez, se irritavam mais com a criança, mostravam mais afeto negativo e se envolviam menos, o que afetava a relação mãe-filho (CORNISH et al., 2005; FIELD et al., 2003; SCHWENGVER; PICCININI, 2003). Entretanto, quando a mãe deprimida encontra prazer na relação com o filho e percebe seus comportamentos como positivos, apesar da depressão materna, os prejuízos na interação com o filho são menores e influenciam, inclusive, a própria depressão (CAMPBELL et al., 1995; FIELD et al., 2003; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Apesar de algumas variáveis sociodemográficas e de condição de nascimento serem fatores de risco ou proteção para problemas de saúde mental aos seis meses, os quadros de saúde mental, em sua maioria, estiveram associados à apresentação de sintomas na fase gestacional.

Em primeiro lugar, assim como em outros trabalhos (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA; 2006; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011) ter história de transtorno mental familiar foi um fator de risco para ansiedade-traço. Para Kissane e Ball (1988), o risco é maior quando o familiar doente é a própria mãe da puérpera. Apesar de não haver estudos conclusivos a respeito, possivelmente, essas mulheres tiveram experiências e relações afetivas pouco satisfatórias com a mãe, suporte emocional deficiente (BOYCE; HICKEY, 2005).

Quanto à relação dos sintomas mentais da fase gestacional com os sintomas aos seis meses, assim como no estudo de Figueira; Diniz e Silva Filho (2011) a história de depressão anterior, os sintomas de ansiedade, o estresse e a depressão na gravidez aumentavam a chance de quadros mentais no pós-parto.

Neste estudo, ter ansiedade-traço na gestação aumentou a chance de ansiedade/traço no pós-parto. De certa forma, era esperado que os escores nas subescalas Ansiedade/Traço não sofressem alterações significativas ao longo do tempo na medida em que se trata de traço relativamente estável da personalidade, uma tendência a reagir com aumento de ansiedade diante de situações percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras (BIAGGIO; NATALICIO, 1979). Para Britton, (2008), a novidade provocada pelo nascimento de um filho e ter que desempenhar funções relativas à maternidade potencializam a ansiedade de quem já tinha características ansiosas antes da gestação.

Como em outras pesquisas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007; HERON et al., 2004; O'CONNOR; HERON; GLOVER, 2002; BROUWERS; VAN BAAR; POP, 2001; ROSS et al., 2003; BAPTISTA; BAPTISTA, 2006; COELHO et al., 2011), os sintomas de alta ansiedade-traço e depressão na gestação se associaram com ansiedade-traço e depressão pós-parto. Mães constitucionalmente ansiosas, ao enfrentarem uma situação nova no puerpério, que exige habilidade para uma boa adaptação, podem sentir-se incompetentes nesse momento difícil, aumentando o risco de desenvolver sintomas depressivos (BREITKOPF et al., 2006). Mas, principalmente, essa constatação aponta a favor de uma superposição dos sintomas de ansiedade e depressão (RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004; PADOVANI et al., 2004) que pode ser explicada, em primeiro lugar, como efeito de limitações psicométricas das escalas utilizadas para a avaliação, em especial do IDATE e do BDI, que apresentam alta correlação (AUSTIN; TULLY; PARKER, 2007). Outra hipótese é que os dois construtos, ansiedade e depressão, podem ser componentes de um processo de estresse psicológico geral (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

Segundo a literatura, sintomas de depressão na gestação são um forte indicativo de sintomas de depressão no pós-parto (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; LEIGH; MILGROM, 2008; MATTAR et al., 2007; MORAES et al., 2006; LANCASTER et al., 2010; PEREIRA; LOVISI, 2008), visto que mulheres com história de depressão na gestação são mais vulneráveis a novos episódios depressivos ou apresentam quadros persistentes (CAMPBELL; COHN; MEYERS, 1995; CORNISH et al., 2005; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; STEIN et al., 2008).

Pode se explicar a persistência dos sintomas aos seis meses na medida em que os fatores de risco para depressão gestacional são condições que dificilmente se transformam em pouco tempo, como baixa condição socioeconômica (MORAES et al., 2006), baixa escolaridade, desemprego, dependência de substâncias, violência doméstica (PEREIRA; LOVISI, 2008; LANCASTER et al., 2010), relacionamento conjugal ou familiar insatisfatório (BERETTA, et al., 2008; DOIS et al., 2012; GUEDES et al., 2011) e ausência de parceiro (BOS et al., 2013; SILVA et al., 2012;), acrescidas por possíveis intercorrências como ajuda insatisfatória no pós-parto (GUEDES et al., 2011).

Quanto aos riscos para alta ansiedade-estado pós-parto, encontrou-se associação com alta ansiedade/estado e estresse no terceiro trimestre gestacional. Da mesma forma ansiedade-estado, depressão e estresse gestacional apareceram como fatores e risco de estresse aos seis meses. Possivelmente, isso se deva ao fato de que, tanto a ansiedade, quanto o estresse são ativados pelo sistema nervoso simpático, afetando os hormônios do estresse – o cortisol- na medida em que a ansiedade surge em momentos de medo, perigo e tensão, e o organismo percebe isso como um evento estressor ativando o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) (GRAEFF, 2007). Apesar dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão terem diminuído aos seis meses pós-parto, a mãe ainda estava em um período de adaptação em que vários fatores que se associaram com a ansiedade e depressão gestacional em mães mais vulneráveis podem ainda estar presentes (APTER-LEVI et al., 2016).

Apesar de todas as gestantes que participaram da pesquisa pontuaram para alta ansiedade, estresse nas fases de Quase-exaustão e Exaustão e sintomas de depressão terem recebido orientações para atendimento psicológico, poucas procuraram a ajuda oferecida, o que pode ter influído na manifestação de estresse aos seis meses pós-parto.

### **Saúde mental aos 14 meses**

A avaliação da saúde mental aos 14 meses reforçou o que havia sido identificado aos seis meses sendo que os índices de ansiedade, estresse e depressão eram maiores no terceiro trimestre gestacional, quando comparados com os resultados pós-parto (Tabela 29). Para Soifer (1980), Maldonado (1985) e Szejer e Stewart (1997), no terceiro trimestre, as gestantes estão mais sensíveis emocionalmente; no pós-parto várias preocupações associadas ao parto desaparecem, apesar de ainda ser um período de adaptação à nova função, e, no 14º mês do pós-parto, as mudanças já devem ter sido incorporadas à rotina. O fato do estresse no 14º mês pós-parto estar associado ao estresse no terceiro trimestre de gestação permite levantar a

hipótese de que eram mulheres que enfrentavam dificuldades e tinham uma condição de vida estressante.

A porcentagem de mulheres com sintomas de depressão caiu gradualmente ao longo do estudo, sendo que, no terceiro momento da avaliação, o índice de mulheres com sintomas (12%) foi inferior ao de outros estudos (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; LOPES et al., 2010). Essas diferenças podem estar condicionadas ao instrumento utilizado para avaliação da depressão. Na literatura, a escala mais utilizada para avaliar sintomas de depressão entre 2 a 6 meses pós-parto é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgh (EPDS) (SCHARDOSIM; HELDT, 2011), apesar de, em algumas pesquisas, ter sido aplicada, também, no período gestacional (PEREIRA; LOVISI, 2008; MURATA et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2010). Neste estudo, optou-se pelo BDI porque as mulheres seriam avaliadas aos 14 meses, quando não há indicação de uso da EPDS (SANTOS, 1995). Mesmo havendo estudos mostrando que ambas as escalas são válidas e confiáveis (LAM et al., 2009; PEREIRA, 2009; KIM; YANG; KIM, 2009; LEE et al., 2001), Lam et al. (2009) consideram que a aplicação do BDI na gestação e no puerpério mereceria uma mudança na nota de corte, pois pode haver uma sobreposição de sintomas depressivos com sintomas somáticos próprios da gravidez e do pós-parto, como sono, cansaço e apetite comportamentos normais e esperados nesse período (SANTOS, 1995). Portanto, a menor porcentagem de mulheres com sintomas de depressão aos 14 meses pode ser atribuída à identificação de falsos positivos nas etapas anteriores, a reorganização das mulheres à nova estrutura familiar ou mesmo ao efeito do tratamento das participantes encaminhadas aos serviços de saúde pela pesquisadora.

Pode se observar, também, que os novos casos de sintomas de depressão foram baixo, 7% aos seis meses e 4% aos 14 meses. Da mesma forma, depressão gestacional foi fator de risco para depressão aos 14 meses, mostrando que há uma possível cronicidade do quadro (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; CORNISH et al., 2005). Vários estudos transversais que discutem a alta prevalência de depressão pós-parto no Brasil (COUTINHO; BAPTISTA; MORAIS, 2002; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; MORAES et al., 2006; RUSCHI et al., 2007) podem estar se referindo a um quadro que se iniciou no período gestacional, ou antes. Este estudo e outras pesquisas longitudinais (EVANS et al., 2009; SILVA et al., 2012; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012) sinalizam para a necessidade de estudos epidemiológicos com esse tipo de delineamento para se ter um conhecimento adequado de quando os sintomas se iniciam e, então poder atuar preventivamente.

Quanto aos fatores de risco e proteção, aos 14 meses, a experiência de abortamento anterior associou-se com alta ansiedade traço-estado no 14º mês pós-parto. Frente à

experiência de abortamento, seja ela espontânea ou provocada, muitas mulheres sentem ansiosas, deprimidas e com sentimento de culpa, bastante tempo após o parto, especialmente quando surgem as dificuldades na educação da criança (ASSUNÇÃO; TOCCI, 2003; BENUTE et al., 2009; NERY et al., 2006). Possivelmente, nesse período, algumas podem estar considerando uma nova gravidez e a literatura mostra que mulheres que passaram pelo processo de abortamento anterior têm maior risco para ansiedade e depressão na gestação seguinte (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; COUTO et al., 2009; FERNANDES et al., 2012; SILVA, 2014).

Quanto à alta ansiedade-estado aos 14 meses pós-parto, o risco foi maior para as mulheres que estavam desempregadas no terceiro trimestre gestacional, fumantes e as que tiveram ameaça de abortamento. Trata-se de um momento em que a criança é mais independente, pode ser cuidada por outros e muitas mães que deixaram de trabalhar na gestação ou que não trabalhavam começam a fazer planos de ter emprego remunerado para contribuir com as despesas. No entanto, tanto a permanência em casa, como deixar a criança aos cuidados de outros podem provocar ansiedade. Se a mulher permanece como dona de casa, ela pode estar vivenciando uma mudança grande na sua rotina, pois além de se ocupar dos afazeres domésticos, tem que cuidar de filhos pequenos, muitas vezes birrentos e nervosos, nem sempre uma tarefa prazerosa (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Quando delega o cuidado da criança a outros, a saída de casa, muitas vezes, é acompanhada de culpa (AZEVEDO; ARRAES, 2006; BERTOLINI, 2002; ROSA, 2009), pois há uma crença de que nos primeiros anos a criança deve ser cuidada exclusivamente pela mãe em ambiente doméstico, e qualquer outra pessoa que cuide não o fará da forma correta (ROSA, 2009). Quando a criança ingressa em creche, há quem acredite que é um equipamento precário, para crianças pobres (AMORIM; VITORIA; ROSSETTI-FERREIRA, 2000).

Quanto ao uso de tabaco, ele está associado à ansiedade (McCRAE; COSTA Jr; BOSSÉ, 1978; JOHNSON et al, 2000; MUNARETTI; TERRA, 2007) e é possível que a mulher que era fumante na gestação, continuou a fumar após o nascimento do bebê. A maioria das gestantes deixam o hábito de fumar quando descobrem a gravidez (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; KIRKLAND; DODDS; BROSKY, 2000), mas, várias retomam após o parto (McBRIDE et al., 1999; MULLEN; QUINN; ERSHOFF, 1990).

Mães que estavam sem parceiro na gestação e as que não desejaram o bebê apresentaram estresse aos 14 meses pós-parto. Ser mãe solteira exige recursos adaptativos intensos principalmente quando a mulher não encontra apoio social (McLANAHAN;

BOOTH, 1989; MARIN; PICCININI, 2009), tendo uma sobrecarga de tarefas, que, possivelmente, tornam a vida da mulher mais estressante (JACKSON et al., 2000).

Quanto aos sintomas mentais como preditores de risco, constatou-se que os sintomas de ansiedade, estresse e depressão gestacional foram fatores de risco para esses mesmos quadros aos 14 meses pós-parto, sendo que mulheres que tinham depressão gestacional tinham nove vezes mais chance de apresentar os sintomas aos 14 meses. Esses dados sinalizam para a cronicidade dos quadros, e, principalmente são uma evidência da extrema importância que os sintomas possam ser identificados desde a gestação e essas mulheres, encaminhadas para serviços de saúde mental, a fim de evitar que os quadros persistam e se tornem crônicos, prejudicando tanto a mulher quanto a criança (APTER-LEVI et al., 2016).

## **Desenvolvimento infantil aos 6 e 14 meses**

Ao tentar identificar fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento geral, tanto variáveis biológicas (via de parto, saúde na gestação, prematuridade e a internação da criança), como variáveis associadas ao contexto (apoio materno) e à saúde mental (ansiedade gestacional) se associaram com risco para desenvolvimento na análise bivariada, aos seis e 14 meses, mas nenhuma se associou significativamente na regressão final. Essa constatação fala a favor de uma visão de desenvolvimento multifatorial, produto de complexa combinação de influências, e remete à necessidade de abordar múltiplos fatores que atuam simultaneamente, assim como da necessidade de formas mais complexas de análises, para poder entender o processo (MORAIS; LUCCHI; OTTA, 2013; PASCHALL; MASTERGEORGE, 2015).

As subáreas mais prejudicadas também variaram nas duas avaliações. Se aos seis meses o predomínio de risco foi a subárea motora ampla, aos 14 meses, passou a ser da linguagem. O desenvolvimento motor se refere ao processo de progressão dos movimentos simples e desorganizados para habilidades motoras organizadas e complexas (PAPALIA; FELDMAN, 2013). O desenvolvimento motor atípico não se configura, necessariamente, por alterações neurológicas ou estruturais (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009), mas pode estar associado a fatores de ordem ambiental. Baixa escolaridade dos pais, ser filho de mães adolescentes, bebês que receberam aleitamento materno exclusivo com tempo inferior á seis meses e condições socioeconômicas difíceis se mostraram mais vulneráveis a atraso no desenvolvimento motor (ZAJONZ; MÜLLER; VALENTINI, 2008; SANTOS et al., 2009).

Neste trabalho, um dos fatores de risco para o atraso do desenvolvimento motor amplo foi ter ficado internado após a alta materna, por diferentes motivos, icterícia, dificuldades respiratórias e convulsões. Há outros trabalhos na literatura associando o atraso motor com intercorrências ao nascimento. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento estão, complicações no parto e hospitalização (GRAMINHA; MARTINS, 1997; FORMIGA et al., 2013). Santos et al. (2004) identificaram que o peso de nascimento podia influenciar negativamente no desenvolvimento motor nos primeiros seis meses de vida e Fraga et al. (2008 a) que avaliaram bebês de 12 meses de idade corrigida, que nasceram com risco clínico neonatal, observaram um pior desempenho na subárea motora ampla.

Por outro lado, uma variável contextual, a presença da mãe se mostrou como fator de proteção. Com crianças por volta do primeiro ano de vida, a ausência materna, devido ao retorno ao trabalho e outros motivos, mostrou efeito negativo sobre o desenvolvimento da criança (HILL et al., 2005). Na medida em que a grande maioria das mães relatou contar com

apoio e era a cuidadora principal aos seis meses, pode-se hipotetizar que ela dispunha de tempo para dedicar-se, quase que exclusivamente, aos cuidados do filho e propiciar maior estimulação, o que pode ter evitado maiores prejuízos mesmo quando havia risco biológico.

Se, com crianças menores, os estudos têm se centrado na avaliação da área motora ampla, com crianças com mais de um ano as áreas priorizadas nas avaliações foram as habilidades cognitivas, de linguagem e desempenho acadêmico (FORMIGA; LINHARES, 2009). Possivelmente, isso se deva tanto à importância que a comunicação vai ganhando nessa fase do desenvolvimento (SERVILHA; BUSSAB, 2015), como pelo fato da avaliação ser mais fácil nessa idade, quando os procedimentos comunicativos, especialmente os intencionais ganham impulso, com a criança emitindo gestos comunicativos convencionais, as primeiras palavras o que aumenta a precisão das observações (ZORZI, 2000).

No presente estudo, a prevalência de 51% de cautelas e atrasos de linguagem foi maior que a descrita em outros estudos nacionais, incluindo pesquisas com crianças de risco biológico, como prematuras (CACHAPUZ; HALPERN, 2006; ISOTANI et al., 2009; NOBRE, 2005) e crianças que frequentavam creches (BISCEGLI et al., 2007; REZENDE; BETELI; SANTOS, 2005; SABATÉS; MENDES, 2007), possivelmente pelo fato de que em nosso estudo juntou-se as cautelas aos atrasos.

Na literatura, uma das variáveis associadas ao atraso de linguagem é o baixo poder aquisitivo das famílias (CORNISH et al, 2005; HALPERN et al., 1996; STEIN et al., 2008). Pais com menor renda tendem a oferecer pouca estimulação, além de ter poucos recursos materiais para providenciar objetos que a criança possa manipular. Entretanto, neste estudo, apesar das variáveis renda e escolaridade materna terem mostrado associação com atraso de linguagem na análise bivariada, na regressão final as únicas variáveis que se mostraram preditoras de atraso foram via de parto e estresse materno no momento da avaliação.

A associação entre estresse e atraso da linguagem já foi discutido discutido, quando se abordar a saúde mental materna. Em relação ao parto vaginal, este apareceu como fator de proteção para o desenvolvimento da linguagem. Não se encontrou nenhum estudo que relacionasse via de parto com desenvolvimento, mas estudos sobre morbidade infantil mostram que as cesáreas, especialmente as eletivas, estão associadas a maior porcentagem de recém-nascidos com síndrome de angústia respiratória e prematuridade iatrogênica, fatores de risco para o crescimento (OSIS; 1998; FAUNDES; CECATI, 1991) e desenvolvimento infantil (BRUM; SHERMAN, 2004).

Com relação à área pessoal social, se, aos seis meses, 29% das crianças tinham atraso, aos 14 meses essa porcentagem caiu para 24%. Aos seis meses, mães inseguras tinham maior



chance de ter crianças com atraso nessa subárea, possivelmente porque elas impediam as primeiras ações independentes do bebê, como alcançar objetos e levar alimentos à boca, com medo que ocorresse algum acidente por exemplo. Aos 14 meses, o baixo peso ao nascer apareceu como fator de risco. Pode-se hipotetizar que possíveis dificuldades motoras finas e de equilíbrio, presentes em crianças mais frágeis, possam ter prejudicado a emissão de jogar bola, dar tchau ou imitar movimentos de outra pessoa, comportamentos esperados para crianças dessa idade na avaliação pessoal social.

Quanto à subárea motora adaptativa, 19% das crianças apresentaram atraso aos seis meses e apenas 3% aos 14 meses. Foi uma diferença não esperada e altamente significativa. Possivelmente, as crianças foram superando as dificuldades apresentadas de início, mas, é preciso lembrar que algumas características do contexto em que ocorreu a avaliação podem estar mascarando casos falsos negativos. Devido à idade da criança e à pouca familiaridade com o avaliador, a mãe sempre esteve presente. Apesar das orientações de que não deveria interferir na avaliação, em geral, elas tentaram ajudar as crianças, o que possivelmente levou a um índice maior de acertos.

#### **Associação entre desenvolvimento e saúde mental**

Apesar de, na análise bivariada, ter se constatado uma associação dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão, tanto gestacionais como nos dois momentos após o parto com o desenvolvimento da criança aos seis e 14 meses, somente o estresse materno aos 14 meses mostrou-se preditor de risco para atraso de linguagem aos 14 meses, na regressão final. A criança por volta dos 12 meses apresenta novas aquisições de comportamentos, entre eles a locomoção (PINTO; VILANOVA; VIEIRA, 1997), que exige da mãe uma reorganização para se adaptar a essa nova fase do desenvolvimento do filho, despertando sentimentos maternos ambivalentes de gratificação e realização, mas também maior demanda e dedicação (LOPES et al., 2007; ZORZI, 2000), que, com as outras responsabilidades do dia-a-dia, podem resultar em estresse materno. Para Stein et al. (2008), as expressões de afeto negativo materno nos cuidados com o bebê, afetaram o desenvolvimento da linguagem aos 36 meses. Possivelmente, nesta pesquisa, mães que enfrentavam situações estressantes aos 14 meses pós-parto, estavam mais irritadiças e com menor disponibilidade para atender e estimular a criança, em um período crítico para a aquisição da linguagem (ZORZI, 2000).

A relação entre a saúde mental materna e as diferentes subáreas do desenvolvimento ainda tem resultados inconclusivos. Fraga et al. (2008b) observaram que sintomas de ansiedade materna eram fator de risco para atraso de linguagem, mas eram fator de proteção para a subárea motora ampla. Da mesma forma, Morais, Lucci e Otta (2013) identificaram

pior desempenho dos bebês de mães deprimidas em alguns indicadores de desenvolvimento motor amplo, mas melhores resultados em alguns indicadores de motricidade fina e de linguagem.

Na medida em que, na literatura, há muitas evidências da associação entre o desenvolvimento infantil e a saúde mental materna (CORNISH et al., 2005; LOVEJOY et al., 2000; MURRAY et al., 2011; SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006), esperavam-se mais associações significativas. Entretanto, vários autores admitem que não se trata de uma relação linear, e que é preciso ser melhor pesquisada (BELTRAMI; MORAES; SOUZA, 2013; CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014; CORNISH et al., 2005; FRAGA et al., 2008; MORAES; LUCCI; OTTA, 2013; STEIN et al., 2008).

Segundo Moraes, Lucci e Otta (2013), o Comitê Canadense de Pediatria Psicossocial postula que a associação entre depressão materna, comportamento materno e suas repercussões na criança são complexas e muitos estudos não encontraram uma relação direta entre essas variáveis. Acredita-se que se trata de um processo em que variáveis mediadoras ou moderadoras da família, da criança e da relação entre elas podem exercer um papel importante e precisam ser levadas em conta para poder compreender a real dimensão da saúde mental materna no desenvolvimento infantil (FELDMAN et al., 2009; LOVEJOY et al., 2000; MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010). Nesse sentido, o fato de grande parte das mães que completaram o estudo viver com o parceiro na gestação (84%), ter contado com ajuda para cuidar da criança (75%), ter mais de oito anos de estudo (66%) e ter desejado o bebê (61%), foram condições que podem ter influenciado nos resultados.

Na pesquisa de Talge et al. (2007), apesar de ainda não se saber quais formas de ansiedade, estresse e depressão são mais prejudiciais ao desenvolvimento infantil, a qualidade da relação com o parceiro teve um papel importante nesse contexto. Apesar da necessidade de mais pesquisas, já há dados mostrando que o pai pode aliviar a sobrecarga da mãe deprimida ou ansiosa nos cuidados com a criança, ou mesmo sua presença pode oferecer uma alternativa de cuidado potencialmente saudável para o filho (GOODMAN et al., 2011). Frente à mãe deprimida, maior envolvimento paterno foi um fator moderador na associação entre depressão materna e problemas comportamentais da criança (SOHRPRESTON; SCARAMELLA, 2006). Silva e Picinini (2009) e Mendonça et al. (2015) observaram que a presença de um pai que se envolvia com as crianças nas brincadeiras livres conseguia compensar e diminuir o impacto da depressão materna sobre os filhos.

Além da presença de um companheiro, contar com apoio social pode ter repercussões positivas no desenvolvimento. Para Sohr-Preston, Scaramella (2006) e Goodman et al. (2011), outros adultos que participam da rotina da criança, membros da família extensa, podem estimular adequadamente a criança e compensar a carência de cuidados de uma mãe com problemas de saúde mental, diminuindo as chances de atraso. Mesmo em famílias em que a mãe e o pai estavam deprimidos, encontrou-se um elemento saudável no contexto que oferecia afeto e cuidados à criança (CUMMINGS; KELLER; DAVIES, 2005; CUMMINGS et al., 2008).

Neste estudo, a escolaridade materna, pode ter exercido um efeito moderador na relação entre depressão e desenvolvimento (LORDELO, 2002; STEIN et al., 2008). Lordelo et al. (2000) identificaram que mães cujos filhos tinham de um a três anos de idade, residentes em bairros de classe média e escolaridade superior, eram mais responsivas e estimuladoras que aquelas que moravam em bairros de ocupação irregular (“invasão”) e tinham pouca escolaridade.

Em relação a ter desejado o bebê, como já foi discutido anteriormente, mesmo frente a quadros graves de depressão, o sentimento positivo em relação à criança pode amenizar os efeitos da depressão materna, tanto na interação (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010) como no desenvolvimento (MORAES; LUCCI; OTTA, 2013). Na pesquisa de Field (2014), a alta responsividade da mãe deprimida que nutria um afeto positivo pela criança fez com que ela mantivesse uma interação semelhante à mãe sem depressão e a criança não mostrou prejuízos em seu desenvolvimento.

Portanto, a relação entre saúde mental materna e desenvolvimento infantil ainda precisa ser melhor estudada. Vários autores sugerem que os quadros depressivos e ansiosos podem resultar em diferentes tipos de interação e estilos parentais, que, por sua vez, interferem no desenvolvimento da criança (FELDMAN et al., 2009; MORAIS, LUCCI; OTTA, 2013; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; NOGUEIRA, 2013).

### **Desenvolvimento e práticas parentais**

No questionário de práticas parentais, menos da metade das participantes pontuou acima do percentil 75, com um predomínio de atividades preocupadas com o cuidado, e muito pouco com estimulação. Era esperado que, devido à idade da criança, as mães priorizassem os cuidados primários, saúde, alimentação, supervisão e higiene, e, a seguir, a estimulação, com brincadeiras, jogos ou leituras. Em outras pesquisas brasileiras, a grande maioria das mães referiu que sua principal tarefa era oferecer cuidados básicos à criança para depois se preocupar com a estimulação, especialmente se as mães eram de cidades do interior e tinham menor escolaridade (BANDEIRA; SEIDL-de-MOURA, 2012; MARTINS et al., 2011; BOSSOLAN, 2014).

Segundo Biasoli-Alves (1997), se percebe uma maior valorização dos vários tipos de estimulação e de práticas educativas voltadas para a formação de crianças autônomas, desde muito pequenas. Há evidências que essa valorização é predominante em pais com maior grau de escolaridade e que vivem em ambientes urbanos, provavelmente, por ter maior acesso à importância da estimulação no desenvolvimento infantil. Entretanto, Martins et al. (2011) afirmam que para alguns segmentos, apesar da grande valorização dada à estimulação precoce pela mídia, ainda considera os cuidados básicos ainda são considerados como prioritários, especialmente quando se trata de crianças no primeiro ano de vida.

As baixas pontuações nas práticas pode, também, ter sido influenciada pelo fato de grande parte das participantes serem multíparas. Segundo Nogueira (2013) houve correlação positiva entre número de filhos e práticas maternas negativas, ou seja, quanto mais filhos tinha a mãe, mais elas utilizavam práticas negativas, incluindo abuso físico (RODRIGUES; NOGUEIRA; ALTAFIM, 2013).

Mas as baixas pontuações em práticas educativas podem ter sido influenciadas por questões metodológicas associadas ao instrumento. Apesar de se ter optado por instrumento apropriado para crianças dessa idade e validado para a população brasileira, que pretende avaliar como foram as práticas parentais desde que a criança nasceu, algumas mães podem ter respondido atendo-se ao momento atual. Assim, muitas responderam que não carregavam a criança no colo, o que pode ocorrer aos 14 meses, quando as crianças já andam. Da mesma forma, relataram que raramente estavam sempre por perto, possivelmente porque muitas voltaram a trabalhar. Com relação às práticas de estimulação, em algumas casas foi possível observar que, possivelmente devido às condições socioeconômicas, não havia jogos ou livros, o que diminuía a possibilidade de emitir determinados comportamentos avaliados no

questionário. Finalmente, apesar da validação do instrumento, algumas atividades não parecem ser valorizadas nesta cultura.

Nos trabalhos de Bossolan (2014) e Gomes (2015), mães brasileiras referiram que muito raramente brincavam de luta com as crianças, uma atividade bastante frequente em outros contextos, como no Canadá.

Houve bastante concordância entre práticas parentais e a importância atribuída a elas, a não ser em relação aos cuidados, quando a maioria das mães relatou uma porcentagem maior de crenças adequadas (51%) do que as que referiram praticar (32%). Segundo Seidl de Moura (2012), geralmente não há uma relação direta entre as crenças e as práticas, na medida em que o contexto cultural, as relações sociais e a própria criança interferem quando a mãe tenta por em prática suas crenças.

Ao tentar associar práticas e crenças parentais com variáveis sociodemográficas, apenas a presença do parceiro mostrou resultados significativos: a falta de um parceiro na gestação apareceu como fator de risco para boas crenças e práticas de cuidado e sua presença como fator de proteção para as práticas de estimulação.

Ainda há poucas pesquisas sobre o papel do companheiro e a coparentalidade nas práticas parentais e os resultados são inconclusivos. Por um lado, Marin e Piccinini (2007) identificaram que não existe diferença entre as práticas educativas de mães que vivem ou não com o parceiro. Por outro, GOODMAN et al. (2011) identificaram que a presença de um pai pode aliviar a sobrecarga da mãe nos cuidados. Gomes e Crepaldi (2013) identificaram que a figura masculina está cada vez mais envolvida compartilhando o cuidado e, permitindo que a mulher possa se dedicar aos cuidados e estimulação da criança.

Ao tentar associar práticas parentais e desenvolvimento geral do bebê não se encontrou nenhuma relação significativa, nem com práticas e nem com a importância dada a elas. Para Lordelo et al. (2006), as pesquisas que tentaram associar investimento parental e desenvolvimento infantil ainda são inconclusivas, sendo necessárias mais pesquisas nessa área.

Entretanto, houve algumas associações das práticas e das crenças com as subáreas do desenvolvimento. Um dado inusitado, de difícil explicação, foi que mães que pontuaram acima do percentil 75 para crenças de cuidados primários tinham mais chance do bebê apresentar atraso no desenvolvimento motor amplo.

Quanto à subárea da linguagem, crianças cujas mães tinham crenças inadequadas em relação à estimulação, apresentaram maior chance de atraso. Como houve concordância entre

crenças e práticas, possivelmente, mães que estimulavam pouco ou de forma não adequada a criança prejudicavam seu desenvolvimento da linguagem.

## 7 CONCLUSÃO

O delineamento longitudinal deste estudo permitiu constatar que a porcentagem de mulheres com sintomas de ansiedade, estresse e depressão foi bem maior no período gestacional, decresceu significativamente e teve baixa incidência no pós-parto. Trabalhos recentes já haviam identificado que sintomas de depressão estavam presentes e eram mais frequentes durante a gestação, sinalizando para a necessidade de se criar programas de intervenção ainda no pré-parto. Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como meta reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004). Essa iniciativa tinha como objetivos principais assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; e identificar, o mais rápido possível, as situações de risco (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2012), o que inclui problemas de saúde mental materna que podem influir nas condições de parto, na saúde do recém-nascido e em seu desenvolvimento posterior. Espera-se que os profissionais envolvidos no pré-natal detectem as gestantes portadoras de sintomas de ansiedade, estresse e depressão e transformem cada consulta em oportunidade para prevenir, encaminhar ou tratar a saúde mental dessas gestantes.

A análise de predição pode auxiliar os profissionais a identificarem as situações de risco das mulheres, tanto na gestação como no pós-parto, e providenciarem as intervenções necessárias. Se, em alguns casos, algumas das variáveis de risco para problemas de saúde mental exigem mudanças estruturais mais amplas, como evitar a multiparidade e aumentar a escolaridade, frente a outras se podem dar orientações que diminuam os riscos e aumentem a proteção para futuros prejuízos, tanto da mãe como do bebê. Assim, os profissionais precisam ter um olhar especial para os problemas de saúde anteriores à gestação e devem tentar reduzir o tabagismo, fatores de risco para sintomas de ansiedade, estresse e depressão gestacional.

Da mesma forma, se pode diminuir o aparecimento de sintomas pós-parto com um melhor atendimento no pré-natal e no parto, evitando ameaças de abortamento, prematuridade, baixo peso e a decorrente internação da criança, assim como com o incentivo ao parto vaginal, amamentação e a segurança da mãe nos cuidados. Mas, a alta associação entre problemas de saúde mental na gestação e os quadros no pós-parto indica que encaminhar as gestantes com

sintomas para tratamento pode ser de fundamental importância para reduzir o risco de cronicidade e evitar o surgimento de sintomas após o nascimento da criança.

Quanto à relação entre desenvolvimento da criança e saúde mental materna, só se observou que o atraso na área de linguagem ao quatorze meses era mais frequente nos filhos de mães que apresentavam estresse. Baseado na literatura esperava-se mais associações significativas entre essas variáveis. Algumas hipóteses podem explicar esses resultados. Em primeiro lugar, apesar dos esforços para manter o tamanho da amostra inicial, houve uma redução das participantes nas duas fases finais do estudo, o que pode ter prejudicado a análise inferencial. Da primeira para a segunda fase, inclusive, houve uma mudança no perfil da amostra, com a permanência de mulheres com maior escolaridade, que a literatura aponta como fator de proteção para o desenvolvimento.

Outra hipótese possível diz respeito aos instrumentos utilizados. Frente à falta de instrumentos validados e padronizados para a população de gestantes e puérperas, optou-se por escalas frequentemente utilizadas em pesquisas com essa população. No entanto, deve-se levar em conta que são instrumentos de rastreio e que alguns itens consideram como sintomas estados recorrentes e esperados no período gravídico puerperal (insônia, cansaço, mudança de apetite, alteração na libido), o que pode ter levado à identificação de falsos positivos. Da mesma forma, para avaliar o desenvolvimento das crianças optou-se pelo Teste Denver II por ter sido o teste mais utilizado nas pesquisas nacionais e internacionais. Entretanto, essa escala parece priorizar aspectos motores, cognitivos e de linguagem, com pouca ênfase para os aspectos emocionais e de autorregulação, que segundo alguns autores (FELDMAN et al., 2009; MURRAY et al., 2011) são os mais afetados pela saúde mental materna. Em próximos estudos, seria interessante rever os instrumentos disponíveis para avaliar a saúde mental das mães e, se possível, introduzir avaliações clínicas como Entrevista Estruturada de Avaliação Clínica Psiquiátrica – DSM-IV, além de escalas de avaliação do desenvolvimento que considerem aspectos emocionais e de autorregulação.

Mas, é preciso considerar, também, que os resultados podem estar indicando que o desenvolvimento não é uma relação linear que se limita às características da mãe e da criança, mas, segundo o modelo bioecológico de Bronfenbrenner, é um processo complexo que sofre os efeitos da interação entre os parceiros da díade e de outras variáveis do contexto.

Assim, a saúde mental materna pode interferir no tipo de interação que se estabelece entre a mãe e a criança e, indiretamente, ter consequências no desenvolvimento infantil. Por outro lado, outros elementos que fazem parte do ambiente da criança, como o pai, avós e mesmo atendentes de creche, precisam ser considerados porque podem neutralizar ou



diminuir os prejuízos que os sintomas depressivos e ansiosos da mãe podem acarretar para o desenvolvimento infantil. Nesta pesquisa, a presença do pai e ter contado com ajuda nos primeiros cuidados com a criança, apesar de não terem se mantido na regressão final, mostraram associação com subáreas do desenvolvimento nas análises bivariadas. Portanto, recomenda-se que, em pesquisas futuras se avalie a interação mãe/filho, assim como o papel que desempenham os outros elementos que participam do dia-a-dia da criança.

Em relação às práticas parentais, considerou-se que a maioria das mães tinha práticas de estimulação e crenças inadequadas, na medida em que elas pontuaram abaixo do percentil 75. É preciso lembrar que o E-CPPC é uma escala que não estipula um ponto de corte (MARTINS, 2010) e atribuiu-se como ponto de corte o percentil 75, um critério arbitrário que pode ter sido muito exigente para essa amostra. Martins (2014) estabeleceu um ponto de corte inferior ao utilizado em nosso estudo, para considerar práticas e crenças adequadas e inadequadas.

Apesar desse possível viés e da necessidade de rever os critérios para avaliar o ponto de corte dessa escala, os dados mostraram que a presença de um companheiro mostrou-se como fator de proteção para cuidados e estimulação adequados, reforçando estudos recentes que indicam a função diferencial do pai em jogos e a necessidade de considerar a tríade mãe/pai/criança nos estudos do desenvolvimento. Os dados também mostraram que se as mães parecem conhecer e oferecer os cuidados básicos necessários, as práticas de estimulação, como oferecer brinquedos, jogos e livros, explicar e mostrar coisas, não pareciam ser devidamente consideradas e não faziam parte da rotina com a criança. Como consequência, mães que não valorizavam essas práticas tinham, significativamente, mais crianças com atraso de linguagem. São resultados que remetem para a necessidade de programas socioeducativos para os cuidadores primários dos bebês, principalmente mães sem apoio do parceiro, com o objetivo de auxiliar na prevenção de atrasos no desenvolvimento infantil.

A linguagem foi a subárea do desenvolvimento infantil que se mostrou mais prejudicada e os atrasos se associaram tanto com estresse materno como com práticas parentais inadequadas sugerindo que deve merecer uma atenção especial, tanto de pesquisas como de intervenções para prevenir atrasos. Segundo Bussab et al. (2007), a aquisição da linguagem no fim do primeiro ano de vida, quando a criança já aponta para o que deseja, começa a emitir as primeiras palavras, se apoia em significados compartilhados e inicia imitações corporais e simbólicas, é de fundamental importância no estudo do desenvolvimento porque mostra a integração de aspectos cognitivos, emocionais e afetivos

de modo pleno mas, principalmente, porque fornece evidencias precoces de características fundamentais da espécie humana: a representação social do outro e de si mesmo, a intersubjetividade e a empatia.

## REFERÊNCIAS

AARGAARD-TILLERY, K.M et al. In útero tabacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetal growth. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v.198, n.1, p.66.e1-6, jan. 2008.

ADAMS, S.S et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. **BJOG**, v.119 n.3, p.298-305, feb. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x/epdf>> Acesso em 13 jul. 2015.

ALDER, J. et al. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical of the literature. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v.20, n.3, p.189-209, mar. 2007. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/14767050701209560>> Acesso em 13 jul. 2015.

ALDWIN, C.M. **Stress, coping, and development: an integrative perspective.** 2ed. New York, 2009.

ALTAFIM, E.R.P; SCHIAVO, R. A. RODRIGUES, R. A. Práticas parentais de mães adolescentes: um estudo exploratório. **Temas Sobre Desenvolvimento.**, v.16, n.93, p.104110, 2008.

ALTAFIM, E.R.P. **Práticas parentais de mães de bebês: A influência de variáveis maternas e do bebê.** 2012. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2012.

ALTAFIM, E.R.P; RODRIGUES, O.P.R. Práticas educativas maternas no primeiro ano de vida. **J. Human Growth Develop.**, n.25, n.3, p.257-262, 2015.

AMORIM, K.S; ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Creches com qualidade para a educação e o desenvolvimento integral da criança pequena. **Psicologia: Ciência e Profissão.**, v.19, n.2, p. 64-69, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498931999000200009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498931999000200009&script=sci_arttext&tlng=en)> Acesso em 03 set. 2015.

AMORIM, K.S; VITORIA, T; ROSSETTI-FERREIRA, M.C. Rede de significações: perspectiva para análise da inserção de bebês na creche. **Cadernos de Pesquisa**, n.109, p.115144, 2000.

ANDRADE, S. A et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n. 4, p. 606-611, ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102005000400014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102005000400014&script=sci_arttext)> Acesso em 13 jul. 2015.

- ANDRADE, L.H.S.G; VIANA, M.C; SILBEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.2, p.43-54, 2006. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/43.html>> Acesso em 20 ago. 2015.
- APTER-LEVI, Y et al. Maternal depression across the first years of life compromises child psychosocial adjustment; relations to child HPA-axis functioning. **Psychoneuroendocrinology**., v.64, p.47-56, 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/284122377\\_Maternal\\_depression\\_across\\_the\\_first\\_years\\_of\\_life\\_compromises\\_child\\_psychosocial\\_adjustment\\_relations\\_to\\_child\\_HPAAxis\\_functioning](https://www.researchgate.net/publication/284122377_Maternal_depression_across_the_first_years_of_life_compromises_child_psychosocial_adjustment_relations_to_child_HPAAxis_functioning) Acesso em 17 dez. 2015.
- ARANTES, C.I.S; MONTRONE, A.V.G; MILIONI, D.B. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v.10, n.4, p.933-944, 2008. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/v10n4a06.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a06.htm) Acesso em 17 dez. 2015.
- ARAÚJO, A.F. Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto - comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. **Paidéia**, v.12, n.24, p.215-227, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2002000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2002000300010&script=sci_arttext) Acesso em 13 jul. 2015.
- ARAÚJO, M.A ; ALBERTINI, R ; GUIMARÃES, F.P. Incidência de sintomas de estresse em primíparas : vivências e relatos de mulheres. **Polêmica. Revista Eletrônica**, v.9, n.4, p.64-73, out./dez. 2010. Disponível em <[www.polemica.uerj.br/ojs/index.php](http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php)> Acesso em 08 jun. 2015.
- ARAUJO, D.M.R et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.219-227, fev. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000200002&script=sci_arttext)> Acesso em 13 jul. 2015.
- ASSUNÇÃO, A.T; TOCCI, H. A. Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem UNISA**., v.4, p.5-12, 2003. <Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-01.pdf>> acesso em 22 set. 2015.
- AUSTIN, M.P; TULLY, L; PARKER, G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. **Journal of Affective Disorders**. v.101, n.1-3, p.169-174, 2007. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032706004976>> Acesso em 09 set. 2015.
- AZEVEDO, K.R; ARRAIS, A.R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.2, p.269-276, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2>> Acesso em 26 ago. 2015.

BALTIERI, L et al. Desempenho motor de lactantes frequentadores de berçários em creches públicas. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.28, n. 3, p.283-289, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/05.pdf>> Acesso em 03 set. 2015.

BANSIL,P et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. **J. Womens Helth(Larchmt)**. v.19, n.2, p. 229-234, feb. 2010. Disponível em: < <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2009.1387>> Acesso em 13 jul. 2015.

BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **PSIC Rev. Psicol.**, v.7, n.1, p.39-48, jan./jun. 2006. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>> Acesso em 13 jul. 2015.

BAN, L et al. Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. **BMC. Public Helth**, v.10, n.799, dec. 2010. Disponível em:< [www.biomedcentral.com/1471-2458/10/799](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/799)> Acesso em 13 jul. 2015.

BANDEIRA, T.T.A; SEIDL-de-MOURA, M.L. Crenças de pais e mães sobre investimento parental. **Paidéia**, v.22, n.53, p.355-363, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/07.pdf> Acesso em 17 dez. 2015.

BARBOSA, L.P et al. Relationship between maternal depression as a risk factor for childhood trauma and mood disorders in young adults. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.41, n.3, p.7276, 2014. Disponível em:< <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol41/n3/eng/72.html>> Acesso em 13 jul. 2015.

BARTH, N et al. Avaliação dos efeitos do hipotireoidismo na gestação. **RBAC**. v.42, n.2, p. 145-148, 2010. Disponível em:< <http://sbac.org.br/rbac/019/289.pdf>> Acesso em 13 jul. 2015.

BARROS, F. C et al. Epidemic of caesarean sections in Brasil. **The Lancet**, v.338, n.8760, p.167-169, jul. 1991. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014067369190149J> Acesso em 21 ago. 2015.

BARROSO, S.M; BANDEIRA, M; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, n.6, p.270-277, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03> acesso em 19 nov. 2015.

BERNADINO, L.F; KAMERS, M. A creche e o brincar: alternativas para a educação no primeiro ano de vida. **Estilos da Clínica.**, v.VIII, n.15, p.48-57, 2003. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v8n15/v8n15a04.pdf>> Acesso em 03 set. 2015.

BENER, A. Psychological distress among mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.35, n.3, p. 231-236, jul./sep. 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142082>> Acesso em 13 jul. 2015.

BENUTE, G.R.G et al. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. **Clinics**, v.65, n.11, p.1127-1131, 2010. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322010001100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322010001100013&script=sci_arttext)>

Acesso em 13 jul. 2015.

BENUTE, G.R.G et al. Aborto espontâneo e provocado : ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médico Brasileira.**, v.55, n.3, p.322-327, 2009. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>> Acesso em 22 set. 2015.

BERETTA, M.I.R et al. Tristeza/Depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (Internet), v.10, n.4, p.966978, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm>> Acesso em 16 dez. 2014.

BERTOLINI, L.B.A. **Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar**. 2.ed. São Paulo: Vetor, 2002.

BELTRAMI, L; MORAES, A.G; SOUZA, A.P.R. A. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrb. Comum**, São Paulo, v.25, n.2, p.229-239, 2013.

BIAGGIO, A.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado - IDATE**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

BIAGGIO, A. M. B; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER,C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)\* de Spielberger. **Arq. Bras. Psi. Apli.**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.31-44, jul./set. 1977. Disponível em:<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17827/16571>> Acesso em 31 jul. 2015.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Famílias brasileiras do século XX: os valores e as práticas de educação da criança. **Temas em Psicologia.**, v.5, n.3, p. 33-49, dez. 1997. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X1997000300005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413389X1997000300005&script=sci_arttext)> Acesso em 17 dez. 2015.

BISCEGLI, T.S et al. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.25, n.4, p.337-342, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a07>> Acesso em 23 set. 2015.

BOYD, D; BEE, H. **A criança em crescimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRADLEY, R.H; CORWYN, R. F. Socioeconomic status and child development. **Annu. Rev. Psychol.** v. 53, p.371-399, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)> Acesso em 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação das ações executadas em aleitamento materno no ano de 2002: relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BREITKOPF, C. R et al. Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, v.27, n.3, p.157-162, sep. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214450>>. Acesso em 13 jul. 2015.

BRITTON, J.R. Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. **Depress. Anxiety**, v.25, n.9, p.793-800, 2008. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17397041>> Acesso em 13 jul. 2015.

BROCKINGTON, I.F et al. Prepartum psychosis. **Journal of Affective Disorders**. v.19, n.1, p.31-35, 1990. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/016503279090006T/1s2.0016503279090006Tmain.pdf?\\_tid=2c53319c474d11e59fe60000aacb362&acdnat=14400\\_83428\\_7577c86d0120b20e388752f2c90411b9](http://ac.els-cdn.com/016503279090006T/1s2.0016503279090006Tmain.pdf?_tid=2c53319c474d11e59fe60000aacb362&acdnat=14400_83428_7577c86d0120b20e388752f2c90411b9)> Acesso em 20 ago. 2015.

BROUWERS, E.P.M.; VAN BAAR, A.L.; POP, V.J.M. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. **Infant Behav. Dev.**,v.24, n.1, p.95-106, 2001. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638301000625>> Acesso em 13 jul. 2015.

BRÜGGEMANN, O.M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde. Públ.**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1316-1327, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n5/03.pdf> Acesso em 19 nov. 2015.

BRÜGGEMANN, O.M; OSIS, M.J.D; PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Públ.**, v. 41, n.1, p. 4452, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf> Acesso em 19 nov. 2015.

BRUM, E. H. M; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.457-467, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20399.pdf> Acesso em 17 dez. 2015.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L.A. Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. **Hormones and Behavior**, v.58, n.5, p.769-779, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X10002084>> Acesso em 13 jul. 2015.

BOYCE, P; HICKEY, A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. **Soc. Psychiatric Psychiatric Epidemiol.** v.40, n.8, p.605-612, aug. 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-005-0931-0>> Acesso em 20 aug. 2015.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5.ed. Tradução Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BOS, S.C. et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.35, n.1, p. 5-12, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462013000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> Acesso em 13 jul. 2015.

BOSSOLAN, R.P. **História de vida, concepções sobre família, maternidade e práticas parentais de mães atendidas pelo judiciário por denuncia de negligencia materna**. 2014. 122 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

BORGES, D. A et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**. São Sebastião do Paraíso. v.1, n.1, p.85-99, dez 2011.

BUITELAAR, J.K. et al. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. **Neurobiol. Aging**, v.24, n.1, p.S53-S60, may./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458003000502>> Acesso em 13 jul. 2015.

BUSSAB, V.S.R; PEDROSA, M.I; CARVALHO, A.M.A. Encontros com o outro: empatia e intersubjetividade no primeiro ano de vida. **Psicologia USP**, v.18, n.2, p.99-132, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/41923/45591> Acesso em 29 de. 2015.

BUSS, C. et al. High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year -old children. **Psychoneuroendocrinology**, v.35, n.1, p.141-153, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453009002388>> Acesso em 13 jul. 2015.

BUSNEL, M.C. **A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?** Tradução; Mônica Seincman. São Paulo: Escuta, 1997.

CACHAPUZ, R.F; HALPERN, R. A influencia das variáveis ambientais no desenvolvimento da linguagem em uma amostra de crianças. **Rev. AMRIGS** (Porto Alegre), v.50, n. 4, p.292301, 2006. Disponível em: <http://amrigs.org.br/revista/50-04/ao04.pdf> Acesso em 27 nov. 2015.

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v.30, suplemento 1, 2014.

CARLESSO, J.P.P; SOUZA, A.P.R; MORAES, A.B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, v.16, n.2, p.500-510, mar./apr. 2014. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0500.pdf>> Acesso em 20 jul. 2015.



CARNEIRO, A. M. C. **Avaliação do desenvolvimento de lactantes em unidade básica de saúde no município de Itaquaquecetuba**: aplicação do Denver II. Guarulhos, 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Universidade Guarulhos, 2008.

CANTELL, M.H; SMYTH, M.M; AHONEN, T.P. Two distinct pathways for developmental coordination disorder: persistence and resolution. **Hum. Mov. Sci.**, v22, n.41, p.413-431, 2003.

CAMACHO, R. S et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clin.**, v.33, n.2, p.92-102, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf> Acesso em 10 dez. 2015.

CAMARGO, A. P; CARRAPATO, J. F.L. Relação existente entre nível de estresse e perfil socioeconômico de gestantes. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. Florianópolis, v.4, n.10, p.105-133, 2012.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12. n.1, p.14-21, jan./feb. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000100003&script=sci_arttext)> Acesso em 20 jul. 2015.

CARVALHO, M.S.D.P; SILVA, B.M.B. Estilos Parentais: um estudo de revisão bibliográfica. **Revista Psicologia em Foco.**, v.6, n.8, p.22-42, dez. 2014. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1571/1768>> Acesso em 20 jul. 2015.

CARVALHO, P.I et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n.3, p.185-194, set. 2007. Disponível em:<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000300005&script=sci_arttext)> Acesso em 23 jul. 2015.

CATAÑO, C.R. **Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade maternal grave**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28022012-141833/> Acesso em 03 ago. 2015.

CHERMONT, A.G et al. Avaliação do desenvolvimento pela escala de Denver II, de recém-nascidos prematuros de baixo peso. **Revista Paraense de Medicina**, v.19, n.2, p.59-66, abr./jun. 2005.

CLAVARINO, A. et al. Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. **J. Atten. Disord.**, v.13, p.658-667, may. 2010. Disponível em: <<http://jad.sagepub.com/content/13/6/658.long>> Acesso em 20 jul. 2015.

CLASS, Q.A et al. Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. *Psychological Medicine*, v.44, n.1, jan. 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766407/>> Acesso em 20 jul. 2015.

COELHO, H.F et al. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J. Affect Disord.* v.129, n.1-3, p.348-353, mar. 2011. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710005227>> Acesso em 20 jul. 2015.

CUMMINGS, E. M et al. Parental depressive symptoms , childrens's representetions of Family relationships, and child adjustment. *Social Develop.*, v.17, n.2, p.278-305, may. 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9507.2007.00425.x/full> Acesso em 2 dez. 2015.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: fatores de risco e implicações para a saúde e bem estar da mãe. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.24, n.3, p.197-209, 2003. Disponível em:<<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4217/1/Ansiedade%20na%20gravidez%20%282003%29.pdf>> Acesso em 20 jul. 2015.

CORREIA, L.L.; LINHARES, M.B.M. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v.15, n.4, p.677-683, jul./aug. 2007. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000400024&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> Acesso em 20 jul. 2015.

**CORREIA, D. S et al. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.32, n.1, p.40-47, mar. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a05v32n1>> Acesso em 03 ago. 2015.**

CORNISH, A.M. et al. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: the impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behav. Dev.*, v.28, n. 4, p.407-417, 2005. Disponível em:[http://ac.elscdn.com/S0163638305000664/1s2.0S0163638305000664main.pdf?\\_tid=9c67fb542f1811e5a6f200000aab0f27&acdnat=1437422025\\_3b76896bdb598d202f78b32627d2de8e](http://ac.elscdn.com/S0163638305000664/1s2.0S0163638305000664main.pdf?_tid=9c67fb542f1811e5a6f200000aab0f27&acdnat=1437422025_3b76896bdb598d202f78b32627d2de8e)> Acesso em 20 jul. 2015.

COSTA, R; PACHECO, A; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34, n.4, p.157-165, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a01v34n4>> Acesso em 20 jul. 2015.

COUTO, E. R et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *São Paulo Med J.* v.127, n.4, p.185-189, Jul.2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151631802009000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802009000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)> Acesso em 20 jul. 2015.

COUTINHO, E.S.F; ALMEIDA-FILHO, N; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil.

**Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n.5, set./out.1999. Disponível em:  
<http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo%28246%29.htm> Acesso em 20 ago. 2015.

COUTINHO, D.S; BAPTISTA, M.N; MORAIS, P.R. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. **Infanto Rev. Neuropsiquiatria Infanc. Adolesc.** v.10, n.2, p.63-71, ago. 2002.

COX, J.L.; CONNOR, J.L.C.Y.; KENDELL, R.E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. **Br. J. Psychiatry**, v.140, p.11-117, feb. 1982.

CROHAN, S.E. Marital Quality and conflict across the transition to parenthood in African American and white couples. **Journal of Married and Family**, v.58, n.2, p.933-944, nov. 1996.

CRUZ, E.B.S; SIMÕES, G.L; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto, em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.**, v.27, n.4, p.181-188, 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4> > Acesso em 10 set. 2015.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2001.

CUNHA, H. L; MELO, A.N. Avaliação de risco ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças: triagem utilizando-se o Teste de Denver II e identificação de fatores maternos de risco. **Acta Cir. Brasileira.** v.10 Supl.1, p.42-46, 2005.

CUMMINGS, E. M; KELLER, P.S; DAVIES, P.T. Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. **J. Child. Psychol. Psychiat.**, v.46, n.5, p.479-489, 2005. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x/pdf> Acesso em 17 dez. 2015.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as a context: an integrative model. **Psychol. Bulletin**, v.113, n.3, p.487-496, 1993. Disponível em:  
<http://psycnet.apa.org/journals/bul/113/3/487.pdf> Acesso em 4 dez. 2015.

DAVIS, E. P.; SANDMAN, C.A. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. **Child Dev.**, v.81, n.1, p.131-148, mar. 2010. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846100/>> Acesso em 20 jul. 2015.

DAVID, M. A. O et al. Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v.6, n.1, p.2-20, 2008. Disponível em:<  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a02.pdf>> Acesso em 20 jul. 2015.

DAVIS, E.P et al. Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v.52, n.2, p.119-129, feb. 2011. Disponível em:<

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14697610.2010.02314.x/abstract;jsessionid=53B264E2DC2A0BED1F74AB3F3505A593.f01t02>> Acesso em 20 jul. 2015.

DENNIS, C-L; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **Pediatrics**, v.123, n.4, p.e736e751, 2009.

DRACHLER, M.L. Medindo o desenvolvimento infantil em estudos epidemiológicos: dificuldades subjacentes. **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro)., v.76, n.6, p.401-403, 2000. Disponível em: <[http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-06-401/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-06-401/port_print.htm)> Acesso em 02 set. 2015.

DOIS, A et al. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto em mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. **Rev. Med. Chile**, v.140,n.6,p.719725,jun.2012.Disponívelem: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872012000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872012000600004&script=sci_arttext)> Acesso em 20 jul. 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, sup: S101-S116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30s1-0101.pdf>> Acesso em 21 ago. 2015.

ENGLE, P.L. Maternal mental health: program and policy implications. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.89, n.3, p.963S-966S, mar. 2009. Disponível em:<<http://ajcn.nutrition.org/content/89/3/963S.full>> Acesso em 20 jul. 2015.

ESPER, L.H. **Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

ELLMAN, L.M et al. Timing of Fetal Exposure to Stress Hormones: Effects on Newborn Physical and Neuromuscular Maturation. **Dev. Psychobiol**, v.50, n3, p.232241,apr.2008. Disponível em :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851937/>> Acesso em 20 jul. 2015.

ENLOW, M.B et al. Associations of maternal lifetime trauma and perinatal traumatic stress symptoms with infant cardiorespiratory reactivity to psychological challenge. **Psychosom Med.** v. 71, n.6, p.607-614, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956069/>> Acesso em 20 jul. 2015.

ENTRINGER, S et al. Attenuation of maternal psychophysiological stress responses and the maternal cortisol awakening response over the course of human pregnancy. **PubMed Central**, v13, n.3, p.258-268, may. 2010. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862645/>> Acesso em 20 jul. 2015.

EVANS, J. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **Br. Med. J.**, v.323, p.257-260, aug. 2001. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/323/7307/257>> Acesso em 20 jul. 2015.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch. Womens Ment Health**, v.10, p.25-32, feb. 2007. Disponível em:<[http://download.springer.com/static/pdf/589/art%253A10.1007%252Fs0073700601646.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs0073700601646&token2=exp=1437425170~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F589%2Fart%25253A10.1007%25252Fs0073700601646.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs0073700601646\\*~hmac=b88003e3718135309edec87179d798ed338a0ed6663c4344aae2a245ddccef](http://download.springer.com/static/pdf/589/art%253A10.1007%252Fs0073700601646.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs0073700601646&token2=exp=1437425170~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F589%2Fart%25253A10.1007%25252Fs0073700601646.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs0073700601646*~hmac=b88003e3718135309edec87179d798ed338a0ed6663c4344aae2a245ddccef)> Acesso em 20 jul. 2015.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P.R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.34, n.4, p.446-450, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462012000400012&script=sciarttext&tlng=es>> Acesso em 24 ago. 2014.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.3, p.171-178, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006000300006&script=sci_arttext)> Acesso em 20 jul. 2015.

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. **J. Psychosom. Obstet Gynaecol.**, v.31, n.4, p.22-235, dec. 2010.

FALCONE, V. M. et.al. Atuação Multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf> Acesso em 10 dez. 2015.

FAÚNDES, A et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferencia pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p.488-494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf> Acesso em 21 ago. 2015.

FAÚNDES, A; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendências , causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Públ.**, v.7, n.2, p.150-173, apr./jun. 1991. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em 27 nov. 2015.

FELDMAN, R et al. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. **J. Am. Academy of Child & Adolesc. Psychiatric.**, v.48, n.9, p.919-927, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709601477>> Acesso em 17 dez. 2015.

FERNANDES, F.C; COTRIN, J.T.D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-line**. Barra do Garça-MT, v.14, n. p.15-

34, 2013. Disponível em: <<http://revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/454/132>>. Acesso em 16/12/2014.

FERNANDES, K. C et al. Avaliação do nível de estresse em gestantes participantes do projeto de extensão de fisioterapia aquática. Encontro de Ensino, pesquisa e extensão, Presidente Prudente. **Colloquium Vitae**, v.5, n. Especial, p.127-132 jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/enepe/2013/suplementos/area/Vitae/Fisioterapia/AVALIA%C3%87%C3%83O%20DO%20N%C3%8DVVEL%20DE%20ESTRESSE%20EM%20GESTANTES%20PARTICIPANTES%20DO%20PROJETO%20DE%20EXTENS%C3%83O%20DE%20FISIOTERAPIA%20AQU%C3%81TICA.pdf>> Acesso em 03 ago. 2015.

FERNANDES, D. L et al. Percepção de um grupo de gestantes detentoras de história de aborto em gestação anterior. **Revista de Atenção à Saúde.**, v.10, n.32, p.47-53, abr./jun. 2012. Disponível em: <[http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1592/1256](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1592/1256)> Acesso em 10 set. 2015.

FERNANI, G.L. Avaliação do desenvolvimento da motricidade global em crianças. **Colloquium Vitae**, v.3, n.2, p.21-26, jul./dez 2011. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/435/611>> Acesso em 27 ago. 2015.

FIGUEIRA, B.H; WINTER, M.A. The dynamics of Family chaos and its relation to childrens's socioemocional wel-being. In: Evans, G.W; Wachs, M.a. Chaos and its influence on childrens's development. Na ecological perspective. Decade of behavior. Science conference., Washington, DC, US: **American Psychological Association**, xviii, p.49-66, 2010.

FIGUEIRA, P.G; DINIZ, L.M., SILVA FILHO, H.C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.71-75, jul. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082011000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200002)> Acesso em 24 jul. 2015.

FIGUEIRAS, A.C.M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1691-1699, nov./dec. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600013)> Acesso em 24 jul. 2015.

FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos de idade na atenção primária à saúde**. Belém: Secretaria Municipal de Saúde de Belém, 2000.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI: Módulo II**. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A et al. Tireoideopatias e gravidez. **Femina**, v.36, n.07, p. 447- 454, jul. 2008.

FIGUEIREDO, B et al. Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. **Early Human Development**, v.86, n.8, p.479-485, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210001520>> Acesso em 24 jul. 2015.

FIGUEIREDO, B et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria** (RJ), v.89, n.4, p.332-338, 2013. Disponível em: <[http://ac.elscdn.com/S2255553613000712/1s2.0S2255553613000712main.pdf?tid=fbf5bc944a9011e5ba520000aacb361&acdnat=1440442406\\_6709294a78f9d43a881ca50f7d9bdf18](http://ac.elscdn.com/S2255553613000712/1s2.0S2255553613000712main.pdf?tid=fbf5bc944a9011e5ba520000aacb361&acdnat=1440442406_6709294a78f9d43a881ca50f7d9bdf18)> Acesso em 24 ago. 2015.

FIGUEIREDO, B; CANÁRIO, C; FIELD, T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. **Psychological Medicine**, v.44, n.5, p.927-936, apr. 2014. Disponível em: <[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM44\\_05%2FS0033291713001530a.pdf&code=38862d9952635e081e3a1a9fe14560df](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM44_05%2FS0033291713001530a.pdf&code=38862d9952635e081e3a1a9fe14560df)>. Acesso em 24 ago. 2015.

FISHER, J. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in woman in low- and lower- middle-income countries: a systematic review. **Bull World Health Organ**, v.90, n.2, p.139G–149G, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en/>> Acesso em 24 jul. 2015.

FLORES, M.R et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v.15, n.2, p.348-360, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200011) Acesso em 24 jul. 2015.

FONSECA, V.R.J.M.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.4, p.738-746, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/16.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

FONTANELLA, B.J.B; SECCO, K.N.D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.61, n.3, p.168-175, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/08.pdf>> Acesso em 18 nov. 2015.

FORMIGA, C. K. M. R. et al. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paidéia**, v.14, n.29, p.301-311, set./dec. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n29/06.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

FORMIGA, C. K. M. R. et al. Comparação do desenvolvimento motor de lactentes pré-termo de duas amostras regionais brasileiras. **J. Hum. Growth Develop.**, v.23, n3, p.1-7, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/15.pdf> Acesso em 26 nov. 2015.

FORMIGA, C.K.M.R; LINHARES, M.B.M. **Detecção de risco para problemas no desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano.** 2009. 330p. Teses [Doutorado em Saúde Mental]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

FRAGA, D.A et al. (a). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais materno. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v.21, n.1, p.33-41, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a05v21n1.pdf>> Acesso em 02 set. 2015.

FRAGA, D.A. et al.(b) Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicol. Estud.**, v.13, n.2, p.335-344, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a16v13n2>> Acesso em 24 jul. 2008.

FRANKENBURG, W. K et al. The Denver II: A major revision and restandardization of the Denver developmental screening teste. **Pediatrics.**, v.89, n.1, p.91-97, jan. 1992.

FREITAS, G. V. S; BOTEAGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.48, n.3, p.245-249, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11824.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. 2014. Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da Pesquisa. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pd> Acesso em 10 ago. 2015.

GAO, L.L; CHAN, S.W; Mao, Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. **Res Nurs Health.**, v.32, n.1, p.50-58, 2009.

GILLBERGH, C; GILLBERGH, C. Children withpreschool minor developmental disorders. Iv: behaviour and school achievement at age 13. **DMCN.**, v.31, n.1, p.3-13, 1989.

GLASCOE, F. P et al. Accuracy of the Denver II in developmental screening. **Pediatrics.**, v.89, n.6, p.1221-1225, jun. 1992.

GLASSHEN, C.; RICHARDSON, G.A.; FABIO, A. A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. **Arch. Womens Ment. Health**, v.13, n.1, p.61-74, feb. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100191/>> Acesso em: 24 jul. 2015.

GLOVER, V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. **British Journal of Psychiatric**, v.171, n.2, p. 105-106, aug. 1997.



GRAMINHA, S.S.V; MARTINS, M.A.O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.30, n.2, p.259-267, abr./jun. 1997. Disponível em: < [http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n2/condicoes\\_adversas\\_atraso.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n2/condicoes_adversas_atraso.pdf)> Acesso em 24 jul. 2015.

GOODMAN, S. H. Depression in Mothers. **Annu. Rev. Clin. Psychol.** v.3, p.107-135, apr. 2007. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401>> Acesso em 24 jul. 2015.

GOODMAN, S.H et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. **Clin. Child. Fam. Psychol. Rev.**, v.14, n.1, p.1-27, mar. 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10567-010-0080-1#page-1> Acesso em 2 dez. 2015.

GOMES, L.B; CREPALDI, M.A; BRIGAS, M. O engajamento paterno como fator de regulação da agressividade em pré-escolares. **Paideia.**, v.23, n.54, p.21-29 jan./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v23n54/0103-863X-paideia-23-5400021.pdf> Acesso em 17 dez. 2015.

GOMIDE, P.I.C. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, *estresse* e habilidades sociais. **Psico-USF**, v.2, n.10, p.169-178, jun./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a08.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

GRAEFF, F.G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.29, supl. 1, p.s3-s6, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462007000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 24 jul. 2015.

GRAMINHA, S.S.V; MARTINS, M.A.O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Medicina**, (Ribeirão Preto)., v.30, n.2 p.259-267, 1997.

GREER, S; BAUCHNER, H; ZUCKERMAN, B. The Denver developmental screening test's: how good is its predictive validity? **Developmental Medicine & Child Neurology.**, v.31, n.6, p.774-781, dec. 1989.

GOMES, L.A et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** v.11, Especial Temático, p.117-123, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/471/pdf>> Acesso em 09 set. 2015.

GONDIM, K.M; SILVA, G.R; MACÊDO, K.N. Repercussões do tabagismo na gestação: um levantamento bibliográfico. **Enfermería Global.**, n.8, p.1-8, may. 2006. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/455/441>> Acesso em 10 set. 2015.

GOULART JUNIOR, E; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, p.847-857, out./dez.

2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n4/v13n4a23.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

GOODWIN, R.D; KEYES, K; SIMURO, N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. **Obstet Gynecol.**, v.109, n.4, p.875-883, apr. 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400849>> Acesso em 23 jul. 2015.

GUEDES, A.C.E et al. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Revista de Medicina**, v.90, n.3, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58907/61885>> Acesso em 24 jul. 2015.

GRÜNSPUN, H. Violência e *resiliência*: a criança *resiliente* na adversidade. **Rev. Bioética**, v. 10, n. 1, p. 163-171, 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/207/208](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/207/208) Acesso em 18 dez. 2015.

GUTTELING, B. M et al. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. **European Child & Adolescent Psychiatric**, v.14, n.1, p. 41-51, 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00787-005-04351#page-1>> Acesso em 24 jul. 2015.

HAGGERTY, R. J. et al. **Stress, risk and resilience in children and adolescents**: process, mechanisms and interventions. New York: Cambridge University Press, 2002.

HARVEY, E. **Depressão pós-parto**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2002.

HALPERN, R. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma corte de base populacional no sul do Brasil: diferencias conforme peso ao nascer e renda familiar. **Cad. Saúde Públ.**, v.12, sppl 1, p.73-78, 1996. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v12s1/1617.pdf>> Acesso em 27 nov. 2015.

HALPERN, R et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos doze meses de vida. **Jornal de Pediatria.**, v.76, n.6, p.421-428, 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54368/000295661.pdf?sequence=1>> Acesso em 27 ago. 2015.

HALPERN, R et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and Family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cad. Saúde Pública.**, n. 24, suppl.3, p.444-450, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s3/10.pdf>> Acesso em 26 nov. 2015.

HILL, J.L et al. Maternal Employment and child development: a fresh look using newer methods. **Develop. Psychol.**, v.42, n.6, p.833-850, 2005. Disponível em: <<http://www.columbia.edu/cu/childpolicy/whatsnew/Maternal%20employment%20and%20child%20development%20Hill%20Waldfoegel%20BG%20Han%202005.pdf>> acesso em 17 dez. 2015.

HORTA, B. L et al. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982 e 1993. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.3, p.247-253, jun. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n3/2296.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

HUIZINK, A.C. et al. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.41, n.9, p.1078-1085, 2002.

ISOTANI, S.M. et al. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. **Pró-Fono Rev. de Atualização Científica**. v.21, n.2, p.155-160, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v21n2/v21n2a12> Acesso em 27 nov. 2015.

JACKSON, A. P et al. Single, Mothers in Low-Wage Jobs: Financial Strain, parenting, and preschoolers' outcomes. **Child Develop.**, v.71, n.5, p.1409-1423, sep./oct. 2000. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8624.00236/epdf> Acesso em 2 dez. 2015.

JANSEN, K et al. Tobacco smoking and depression during pregnancy. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v.32, n.2, p.44-47, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082010000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200004)> Acesso em 23 jul. 2015.

JOCA, S.R.L; PADOVAN, C.M; GUIMARÃES, F.S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.25, suppl.2, p.46-51, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v25s2/a11v25s2.pdf>> Acesso em 24 jul. 2015.

JOHNSON, J.G et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. **JAMA**. v.284, n.18, p. 2348-2351, nov. 2000. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193251>> Acesso em: 23 jul. 2015.

KELLER, H. **Cultures of infancy**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2007.

KIKKERT, H.K; MIDDELBURG, K.L; HADDERS-ALGRA, M. Maternal anxiety is related to infant neurological condition, paternal anxiety is not. **Early Human Development**, v.86, n.3, p.171-177, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378210000484>> Acesso em 24 jul. 2015.

KIM, MW; YANG, HS; KIM Jr. A study on agreements among screening test and related factors with postpartum depression. **Korean J. Obstet. Gynecol.**, v.52, n.11, p.1133-1143, 2009.

KIRKLAND, S.A; DODDS, L.A; BROSKY, G. The natural history os smoking during pregnancy among woman of Nova Scotia. **CMAJ**. v.163, n.3, p 281-282, aug. 2000. Disponível em: < <http://www.cmaj.ca/content/163/3/281.short>> Acesso em 24 jul. 2015.

KISSANE, D; BALL, J.R.B. Postnatal Depression and Psychosis – A Mother and Baby Unit in a General Hospital. **Aust NZ J. Obstet. Gynaecol**. v.28, n.3, p.208-212, aug. 1988.

KLAUS, M.H; KENNEL, J.H. **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLEIN, M.M.S; GUEDES, C.R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciênc. Profissão**, v.28, n.4, p.862-871,dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n4/v28n4a16.pdf> Acesso em 10 dez. 015.

KRELING, K.C.A et al. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. **Pediatria** (São Paulo), v.28, n.2, p.98-108, 2006. Disponível em: [http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13150/5117/Fatores\\_perinatais\\_e\\_desenvolvimento\\_motor\\_do\\_RN\\_de\\_muito\\_baixo\\_peso.pdf](http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13150/5117/Fatores_perinatais_e_desenvolvimento_motor_do_RN_de_muito_baixo_peso.pdf)> Acesso em 27 ago. 2015.

KOLEVA, H et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. **Arch. Womens Ment Health**. v.14, n.2, p.99-105, apr. 2011. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-010-0184-0>> Acesso em 24 jul. 2015.

KURKI, T. et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. **Obstet. Gynecol.**, v.95, n.4, p.487-490, apr. 2000. Disponível em: <[http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2000/04000/Depression\\_and\\_Anxiety\\_in\\_Early\\_Pregnancy\\_and\\_Risk.3.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2000/04000/Depression_and_Anxiety_in_Early_Pregnancy_and_Risk.3.aspx)> Acesso em 28 jul. 2015.

LAM, N et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. **An. Fac. Med.**, v.70, n.1, p.28-32, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n1/a05v70n1.pdf> Acesso em 21 set. 2015.

LANCASTER, C.A. et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.202, n.1, p.5-14, jan. 2010. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293780901014X>> Acesso em 28 jul. 2015.

LANES, A; KUK, J.L; TAMIM; H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.11, n.302, may. 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/302>> Acesso em 28 jul. 2015.

LAUTCH, M.M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M.H. Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsive. **Dev. Med. Child Neurol.**, v.43, n.5, p.292-300, may. 2001.

LAZARUS, R.S. From psychological stress to the emotions: the history of changing outlook. **Annu. Rev. Psychol.**, v.44, p.1-21,1993. Disponível em: < [http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/18222\\_105619.pdf](http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/18222_105619.pdf)> Acesso em 28 jul. 2015.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**, New York, Springer, 1984.

LEIGH, B; MILGROM, J. Risk factor for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. **BioMed Central Psychiatric**, v.8, n.24, p.1-11, 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/24/>> Acesso em 24 ago. 2015.

LEVEJOY, M.C et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. **Clin. Psychol. Review**. v.20, n.5, p.561-592, 2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735898001007> Acesso em 02 dez. 2015.

LIMA, M.O.P; TSUNECHIRO, M.A. Repercussões Materno-Fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v.32, n.4, p.530-536, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/65/15\\_Repercussoes\\_baixa.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/15_Repercussoes_baixa.pdf)> Acesso em 28 jul. 2015.

LEE, D. T. S et al. Screening for postnatal depression: are specific instruments mandatory. *Journal of Affective Disorders*. v. 63, n.1-3, p.233-238, 2001. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032700001932>> Acesso em 21 set. 2015.

LEOPÉRCIO, W; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**., v.30, n2, p.176-185. mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/Jbpneu/v30n2/v30n2a16.pdf>> Acesso em 10 set. 2015.

LEVINE, R. E et al. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. **American Journal of Perinatology**, v.20, n.5, p.239-248, 2003. Disponível em <https://www.thiemeconnect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2003-42342> Acesso em 10 dez 2015.

LIPP, M.N. **Manual do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOPES, E.R et al. Depressão pós-parto e alteração de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade e Pelotas/RS. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.2, p. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a02v59n2.pdf>> Acesso em 28 jul. 2015.

LOPES, R.C.S. et al. Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.23, n.1, p.005-0016, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n1/a02v23n1.pdf>> Acesso em 2 dez. 2015.

LORDELO, E. R et al. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**., v.13, n.1, p.7380, 2000. Disponível em: <https://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3212/1/07.pdf> Acesso em 17 dez. 2015.

LORDELO, E. R. Interação social e responsividade em ambientes domésticos e de creche: cultura e desenvolvimento. **Estud. Psicol.**, v.7, n.2, p. 343-50, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/epsic/v7n2/a15v07n2.pdf>> Acesso em 28 jul. 2015.

LORDELO, E.R et al. Investimento parental e desenvolvimento da criança. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.257-264, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/epsic/v11n3/02.pdf>> Acesso em 24 set. 2015.

MACARINI, S.M. et al. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arq. Bras. Psicol.**, v.62, n.1, p.11-134, jan/abr. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180952672010000100013&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180952672010000100013&script=sci_arttext)> Acesso em 28 jul. 2015.

MAGALHÃES, L.C. et al. Análise de desempenho de crianças pré-termo no Teste de Desenvolvimento de Denver nas idades de 12, 18 e 24 meses. **Pediatria** (São Paulo), v.21, n.4, p.330-339, 1999. Disponível em: <[https://www.academia.edu/3211175/An%C3%A1lise\\_do\\_desempenho\\_de\\_crian%C3%A7as\\_pr%C3%A9termo\\_no\\_Testes\\_de\\_Developmental\\_of\\_Denver\\_in\\_ages\\_of\\_12\\_18\\_and\\_24\\_months](https://www.academia.edu/3211175/An%C3%A1lise_do_desempenho_de_crian%C3%A7as_pr%C3%A9termo_no_Testes_de_Developmental_of_Denver_in_ages_of_12_18_and_24_months)> Acesso em 13 out. 2015.

MAGALHAES, M.T. **Tabaco e gravidez: o impacto da educação para a saúde nos hábitos tabágicos.** 2010. 21f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

MARCACINE, K.O; ORATI, P.L; ABRÃO, A.C.F.V. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 65, n.1, p. 141-147, jan/fev. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100021) Acesso em 28 jul. 2015.

MARIN, A.H; PICCININI, C.A. Comportamentos e práticas educativas maternas em famílias de mães solteiras e famílias nucleares. **Psicologia em Estudo** (Maringá) v.12, n.1, p.13-22, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a02.pdf>> Acesso em 24 set. 2015.

MARIN, A.H; PICCININI, C.A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. **Psico.**, v.40, n.4, p.422-429, out./dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2683/4927> Acesso em 2 dez. 2015.

MARTINS, G.D.F. et al. Construção e validação da escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância. **Psico-USF**, v.15, p.23-34, abr. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712010000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100004)> Acesso em 28 jul. 2015.

MARTINS, J.M. **Práticas e crenças parentais e comportamentos de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso.** 2014. 88p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2014.

MARTINS, C.A et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n.4, p.1015-1025, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm> Acesso em 19 nov. 2015.

MARTINEZ, M.C; LATORRE, M.R.D.O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.87, n.04, p.471-479, out. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2006001700012&lng=p&t&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2006001700012&lng=p&t&nrm=iso&tlng=en) Acesso em 28 jul. 2015.

MASTEN, A. S; GARMEZY, N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey, et al. (Orgs.), **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1985.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: lessons from research on resilience in human development. **Can. Educ. Assoc.**, v. 49, p. 3, 2009.

MATTAR, R et al. A violência domestica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.9, p.470-477, 2007.

MATOS, M.L.L; PIÉLAGO, J.S; FIGUEROA, A.L. Depresión mayor em embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Helth**, v.26, n.4, p. 310-314, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a04.pdf> Acesso em 28 jul. 2015.

McCRAE, R.R; COSTA Jr, P.T; BOSSÉ, R. Anxiety, extraversion and smoking. **British Journal of Social and Clinical Psychology**. v.17, n.3, p.269-273, set. 1978. Disponível em: [http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.20448260.1978.tb00277.x?r3\\_referer=wol&tacking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=PUBLICATION\\_OUTSIDE\\_OF\\_LICENSE\\_PERIOD](http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.20448260.1978.tb00277.x?r3_referer=wol&tacking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=PUBLICATION_OUTSIDE_OF_LICENSE_PERIOD) Acesso em 23 set. 2015.

McLANAHAN, S; BOOTH, K. Mother-Only Families: problems, prospects, and politic. **J. Marriage and the Fam.**, v.51, n3, p.557-580, Aug 1989. Disponível em: [http://www.jstor.org/stable/352157?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/352157?seq=1#page_scan_tab_contents) Acesso em 17 dez. 2015.

McBRIDE, C.M.M et al. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. **Am. J. Public. Health.**, v.89, n.5, p.706-711, may 1999. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.5.706> Acesso em 17 dez. 2015.

MEINLSCHMIDT, G. et al. Maternal cortisol in late pregnancy and hypothalamic-pituitary-adrenal reactivity to psychosocial stress postpartum in women. **Stress: The International Journal on the Biology of Stress**, v.13, n.2, p.163-171, mar. 2010. Disponível em: [www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10253890903128632](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10253890903128632) Acesso em 28 jul. 2015.

MEISELS, S. J. Can developmental screening tests identify children who are developmentally at risk? **Pediatrics.**, v.83, n.4, p.578-585, apr. 1989.

MELLER, F.O ; SCHÄFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras : PNDS 2006. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3829-3835, 2011. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a18v16n9.pdf>> Acesso em 25 nov. 2015.

MENDONÇA, J. S et al. Father-Child Interactional Synchrony in Brazilian Families with Maternal Depression. **The Internat. Soc. Humanethology.**, v.30, n.1, p.121-138, 2015. Disponível em: [http://media.anthro.univie.ac.at/ishe\\_journal/index.php/heb/article/view/156/152](http://media.anthro.univie.ac.at/ishe_journal/index.php/heb/article/view/156/152) Acesso em 17 dez. 2015.

MENEZES, L.O et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1939-1948, jan./out. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012001000012](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001000012)> Acesso em 28 jul. 2015.

MENDES, A.V; LUREIRO, S.R; CRIPPA, J.A.S. Depressão materna e saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, n.5, p.178-186, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n5/a02v35n5.pdf>> Acesso em 28 jul. 2015.

MEZZACAPPA, E.S; ENDICOTT, J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. **Archives of womens's Mental Helth**, v.10, n.6, p.259-266, 2007. Disponível em: <[http://download.springer.com/static/pdf/819/art%253A10.1007%252Fs0073700702077.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs0073700702077&token2=exp=1440446947~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F819%2Fart%25253A10.1007%25252Fs0073700702077.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs0073700702077\\*~hmac=4644ee7d854f8d67242435ff0f05e562eaaa5655cd72864340d4f07c0b54da38](http://download.springer.com/static/pdf/819/art%253A10.1007%252Fs0073700702077.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs0073700702077&token2=exp=1440446947~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F819%2Fart%25253A10.1007%25252Fs0073700702077.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs0073700702077*~hmac=4644ee7d854f8d67242435ff0f05e562eaaa5655cd72864340d4f07c0b54da38)> Acesso em 24 ago. 2015.

MIAN, L et al. A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.1, p.029-037, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a04v25n1.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

MILLER, R.L; PALLANT, J.F; NEGRI, L.M. Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? **BMC Psychiatry**. v.6, n.12, p1-11, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/12>> Acesso em 31 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONITEC. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Relatório de recomendações, abr. 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf)> Acesso em 21 ago. 2015.



MONK, C. et al. Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. **Dev. Behav. Pediatr.**, v.24, n.1, p.32-38, 2003.

MORAES, I.G.S et al. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.1, p.65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

MORAIS, M.L.S; LUCCI, T.K; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.30, n.1, p. 7-17, jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2013000100002&script=sci_arttext)> Acesso em 31 jul. 2015.

MOSES-KOLKO, E. L; ROTH, E.K. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. **Journal of the American Medical Women's Association (1972)**, v.59, n.3, p.181-191, 2004.

MOSSO, F.T et al. Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de Maringá, **Saúde e Pesquisa**, v.1, n.3, set/dez. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/902/687>> Acesso em 31 jul. 2015.

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento biológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria (Rio Grande do Sul)**, v.27, n.2, p.165-176, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70153/000519929.pdf?sequence=1>> Acesso em 31 jul. 2015.

MOTTA, C.C.L et al. O pai no parto e apoio emocional. **Paidéia.**, v.15, n.0, p.105-118, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf> Acesso em 19 nov. 2015.

MULLEN, P. D; QUINN, V.P; ERSHOFF, D.H. Maintenance of nonsmoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. **A. J. Public Health**. V.80, n.8, p.992-994, aug. 1990.

MUNARETTI, C. L; TERRA, M. B. Transtorno de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v.56, n.2, p.108-115, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a06v56n2.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

MURRAY, L; COOPER, P.J. Effects of postnatal depression on infant development. **Arch. Dis. Child**. v. 77, n.2, p.99-101, 1997. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/77/2/99.full.pdf+html>> Acesso em 31 jul. 2015.

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.E.; COOPER, P. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions and child development. In: BREMNER, G.; WACHS, T. (Eds.). **The Wiley-Blackwell handbook of infant development**. Oxford: Wiley, 2010. p.192-220.

MURRAY E.L et al. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. **J. Child Psychol. and Psychiatry**, v.51, n.10, p.1150–1159, may. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x/full>> Acesso em 31 jul. 2015.

MURRAY, E.L et al. Disturbances in early parenting of depressed mothers and cortisol secretion in offspring: a preliminary study. **J. Affect Disord.** v.122, n.3, p.218-223, may. 2010. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/S0165032709002936/1-s2.0S0165032709002936main.pdf?\\_tid=3824137e37ad11e5a39a0000aacb35e&acdnat=1438365461\\_f4660b8474aa0dceb7d283e61e9abffc](http://ac.els-cdn.com/S0165032709002936/1-s2.0S0165032709002936main.pdf?_tid=3824137e37ad11e5a39a0000aacb35e&acdnat=1438365461_f4660b8474aa0dceb7d283e61e9abffc)> Acesso em 31 jul. 2015.

MURRAY, E.L et al. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** v.50, n.5, p.460-470, may. 2011.

MURATA, M et al. Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em um ambiente social. **REME. Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.2, p.194-200, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/519> Acesso em 1 dez. 2015.

NEELDMAN, R. et al. Impacto da triagem para depressão materna em uma clínica pediátrica: um estudo exploratório. **Correios SBP**, v.6, p.18-19, 2000.

NERY, I.S et al. Vivência de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem UERJ.**, v.14, n.1, p.67-73, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a11.pdf>> Acesso em 22 set. 2015.

NOBRE, F.D.A et al. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.3, p.362-369, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a06>> Acesso em 27 ago. 2015.

NOBRE, F.D.A. **Indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida**, 2005.

NOGUEIRA, S.C. **Estilos Parentais: Mães adolescentes e mães adultas**. Relatório Final de Bolsista FAPESP, não publicado, 2009.

NOGUEIRA, S.C. **Práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse materno**. 2013. 119p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2013. Disponível em: [http://www2.fc.unesp.br/BibliotecaVirtual/ArquivosPDF/DIS\\_MEST/DIS\\_MEST20130628\\_NOGUEIRA%20SARIA%20CRISTINA.pdf](http://www2.fc.unesp.br/BibliotecaVirtual/ArquivosPDF/DIS_MEST/DIS_MEST20130628_NOGUEIRA%20SARIA%20CRISTINA.pdf) Acesso em 04 dez. 2015.

O'CONNOR, T.G. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v.44, n.7, p.1025-1036, sep. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14697610.00187/pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

OLIVEIRA, A.D; DIAS, G.P; REIS, R.A.M. Plasticidade Sináptica: natureza e cultura moldando o self. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.128-135, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/17.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

OSIS, M. J. M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ. (Rio de Janeiro)*, v.14, sppl. 1, p.25-32, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14s1/1337> Acesso em 27 nov. 2015.

PADOVANI, F.H.P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.4, p.251-254, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462004000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 31 jul. 2015.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARSONS, C. E et al. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. **British Medical Bulletin**, n.101, v.1, p.5779, 2012.

PASCOAL, I.F. Hipertensão e Gravidez. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.9, n.3, p.256-261, jul./set. 2002. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/produtos/is\\_0103/IS23%281%29012.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23%281%29012.pdf)> Acesso em 31 jul. 2015.

PASCHALL, K.W; MASTERGEORGE, A.M. A review of 25 years of research in bidirectionality in parent-child relationships: an examination of methodological approaches. **Intern. J. of Behav. Develop.** p.1-10, 25 sep. 2015. Disponível em: <http://jbd.sagepub.com/content/early/2015/09/23/0165025415607379.full.pdf+html> Acesso em 26 nov. 2015.

PASQUAL, K.K; BRACCIALLI, L.A.D; VOLPONI,M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.2, p.334-339, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17872/11662>> Acesso em 25 nov. 2015.

PATEL, V.; SOUZA, N.; RODRIGUES, M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. **Arch. Dis. Child**, v.88, n.1, p.34-37, 2003. Disponível em: <<http://adc.bmj.com/content/88/1/34.full>> Acesso em 31 jul. 2015.

PEDROMÔNICO, M. R. M., BRAGATTO, E. L; STROBILIUS, R. **Teste de Triagem Denver II**. São Paulo: Unifesp, 1999.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.35, n.4, p.144-153, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf/>> Acesso em 31 jul. 2015.

PEREIRA, P.K. et al. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez, em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n.5, p.216-222, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n5/a06v37n5.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

PEROSA, G. B et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, n.9, p.433-439, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n9/a03v31n9.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2015.

PEROSA, G.B; SILVEIRA, F.C.P; CANAVEZ, I.C. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.24, n.1, p.029035, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n1/a04v24n1.pdf> Acesso em 31 jul. 2015.

PINTO, E.B; VILANOVA, L.C.P; VIEIRA, R. M. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida**. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 1997.

PORTAL BRASIL. **Cidadania e Justiça**. Número de filhos de beneficiários do Bolsa Família tem diminuído, diz pesquisa. 28 maç. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/numero-de-filhos-de-beneficiarios-dobolsa-familia-tem-diminuido-diz-pesquisa>> Acesso em 22 jul. 2015.

PORTO, S. M; UGÁ, M. A. D; MOREIRA, R. S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3795-3806, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a15v16n9.pdf>> Acesso em 06 ago. 2015.

POSSATO, M; PARADA, C.M.G; TONETE, V.L.P. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.41, n.3, p.434-440, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/13.pdf>> Acesso em 10 set. 2015.

RAPAPORT, A; PICCININI, C.A. Apoio Social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.16, n.1, p.85-96, 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822006000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000100009)> Acesso em 10 ago. 2015.

REPPOLD, C. T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: Hutz, C. S (Org.), **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

REZENDE, M.A; BETELI, V.C; SANTOS, J.L.F. Avaliação de habilidades de linguagem e pessoal-sociais pelo Teste de Denver II em instituições de educação infantil. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.1, p.56-63, 2005.

RIBEIRO, M. C. S. A et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS –PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1011-1022, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n4/32337.pdf>> Acesso em 03 ago. 2015.

RIBEIRO, D.G; PEROSA, G.B; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidade de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.1, p.215-226, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf>> Acesso em 05 out. 2015.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saú. Coletiva.**, v.12, n.2, p.477-486, 2007. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>> Acesso em 11 dez. 2015.

RYDING, E. L; WIJMA, B; WIJMA, K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. **Acta Obstétrica et Ginecológica Scandinavica**, v.76, n.9, p.856-861, 1997. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3109/00016349709024365/abstract> Acesso em: 21 ago. 2015.

RODRIGUES, O. M. P.R; SCHIAVO, R.A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n.9 p.252-257, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a06v33n9.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

RODRIGUES, O. M. P. R. Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. **Temas em Psicologia**, v.11, n.2, Ribeirão Preto, p.107-113, dez. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n2/v11n2a04.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

RODRIGUES, O.M.P.R; ALTAFIM, E.R.P; SCHIAVO, R.A. Práticas parentais de mães adultas e adolescentes com bebê de um a doze meses. **Aletheia**, n.34, p.96-108, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942011000100008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942011000100008&script=sci_arttext)> Acesso em 24 set. 2015.

RODRIGUES; O.M.P.R; NOGUEIRA, S.C; ALTAFIM, E.R.P. Práticas parentais maternas e a influência de variáveis familiares e do bebê. **Pensando Famílias**, v.17, n.2, p.71-83, dez. 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a06.pdf>> Acesso em 24 set. 2015.

RODRIGUES, S.M.S; PEDROSO, J.S; BUCHER-MALUSCHKE, J.N.F. **Saúde & Desenvolvimento Humano**: contribuições para teoria e prática. Curitiba: Appris, 2013.

RONDINA, R.C; GORAYEB, R; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J.Bras.Pneumol.**, v.33, n.5, p.592-601, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf> Acesso em 23 jul. 2015.

ROSA, M. **Mães que trabalham fora, cuidado com a culpa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ROSS, L.E. et al. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. **Arch. Womens Ment. Health**, v.6, p.51-57, feb. 2003. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-002-0155-1> > Acesso em 31 jul. 2015.

ROSSIT, R.A.S et al. Avaliação do desenvolvimento de crianças hospitalizadas e orientação de cuidadores para a estimulação. **Revista de Extensão da Univasf**, v.1, n.1 p.19-32, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/viewFile/231/114>> Acesso em 27 ago. 2013.

RUSCHI, G.E.C et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria RS**, v.29, n.3, p.274-280, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n3/v29n3a06.pdf>> Acesso em 24 ago. 2015.

RUTTER, M; SROUFE, L.L. Developmental psychology : concepts and challenges. **Development and Psychology**, v.12, n.3 p.265-296, 2000. Disponível em: <<http://psychology.cos.ucf.edu/childrenslearningclinic/wpcontent/uploads/2013/08/RutterSroufe-2000.pdf>> Acesso em 05 out. 2015.

SABATÉS, A.L; MENDES, L.C.O. Perfil do crescimento e desenvolvimento de crianças entre 12 e 36 meses de idade eu frequentam uma creche municipal da cidade de Guarulhos. **Ciência Cuidados e Saúde**. v.6, n.2, p.164-170, abr./jun. 2007.

SAMEROFF, A. A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. **Child Development**. v.81, n.1, p.6-22, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x/epdf>> Acesso em 05 out. 2015.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto**: validação da escala de Edimburgo em puérperas brasilienses. 1995. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, UNB, Brasília, 1995.

SANTOS, D.C.C et al. Influencias do baixo peso ao nascer sobre o desempenho motor de lactantes a termo no primeiro semestre de vida. **Revista Brasileira de Fisioterapia.**, v.8, n.3, p.261-266, 2004. Disponível em: <<http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/rbfv8n3/pdf/261.pdf>> Acesso em 03 ago. 2015.

SANTOS, D.C.C et al. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até três anos de idade. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v.13, n.2, p173-179, mar./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop023\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n2/aop023_09.pdf)> Acesso em: 26 nov. 2015.

SANTOS, A. D. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rede de Enferm. Nordeste- Rene**, v. 11, n. especial, p.61-71, 2012. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp_n4.pdf) Acesso em 29 dez. 2015.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo** (Maringá), v.10, n.2, p.209-216, mai./ago. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07>> Acesso em 05 out. 2015.

SARDINHA, A; FALCONE, E.M.O; FERREIRA, M.C. As relações entre satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v.25, n.3, p.395-402. jul./set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a13v25n3> > Acesso em 10 set. 2015.

SARMENTO, R; SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas, v.12, n.3, p.262-268, jul./set. 2003.

SCHARDOSIM, J.M; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.32, n.1, p.159-166, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a21v32n1.pdf> Acesso em 1 dez. 2015.

SCHIAVO, R.A. **Presença de estresse e ansiedade no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011. 141f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista-UNESP, Bauru, 2011.

SCHIAVO, R.A; RODRIGUES, O.M.P.R. Stress e a mulher: gestação e puerpério. In: VALLE, T.G.M; MAIA, A.C.B. (Orgs). **Psicologia do desenvolvimento humano e aprendizagem**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011 p. 149-167. Disponível em: < [http://www.culturaacademica.com.br/catalogo-detalle.asp?ctl\\_id=201](http://www.culturaacademica.com.br/catalogo-detalle.asp?ctl_id=201)> Acesso em 31 jul. 2015.

SCHMIDT, E.B; PICCOLOTO, N.M; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v.10, n.1, p.61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estud. Psicol.**, v.22, n.2, p.146-153, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a04.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

SEAD. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SP Demográfico. Resenha de estatísticas vitais do estado de São Paulo. O Retrato das mães Paulista e de seus filhos recém-nascidos., ano 10., n.4, maio 2010. Disponível em:

<[http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/spdemog\\_mai2010.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/midia/spdemografico/spdemog_mai2010.pdf)> Acesso em 25 nov. 2015.

SEGATO, L et al. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. **Revista da educação Física/UEM**, Maringá, v.20, n.1, p.121-129, 1.trim. 2009. Disponível em: < <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/6062/4005>> Acesso em 31 jul. 2015.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. São Paulo: Ibrasa, 1956.

SENA, M.C.F; SILVA, E.F; PEREIRA, M.G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais Brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.23, n.6, p.520524, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302007000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000600020)> Acesso em 10 ago. 2015.

SERVILHA, B; BUSSAB, V.S.R. Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. *Psico.*, v.46, n.1, p.101-109, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17119/12951> Acesso em 27 nov. 2015.

SERRUYA, S.J; LAGO, T.G; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.3, p.269-279, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf> Acesso em 29 Dez. 2015.

SILVA, M.R.G et al. Ocorrência de diabetes melito em mulheres com hiperglicemia em gestação previa. **Revista de Saúde Pública**. v.37, n. 3, p.345-350, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15863.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

SILVA, R et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.42, n.2, p.143-148, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v34n2/v34n2a05.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

SILVA, M.M.J. **Avaliação da ansiedade e depressão na gravidez**. 2014.190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014. Disponível em: <<https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/320>> Acesso em 10 set. 2015.

SILVA, G.A. **Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda**. 2008. 212p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-29072009-162342/en.php>> Acesso e 30 nov. 2015.

SOET, J. E; BRACK, G. A; DIIORIO, C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. **Birth**, v.30, n.1, p.36-46, mar. 2003. Disponível



em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x/full>> Acesso em 21 ago. 2015.

SOHR-PRESTON, S.L.; SCARAMELLA, L.V. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. **Clin. Child Fam. Psychol. Rev.**, v.9, n.1, p.65-83, mar. 2006. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10567-006-0004-2>> Acesso em 31 jul. 2015.

SOUZA, V.B; ROECKER, S; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.13, n.2, p.199-210, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10162>> Acesso em 11 dez. 2015.

SHEA, A. K et al. The effect of depression, anxiety and early life trauma on the cortisol awakening response during pregnancy: preliminary results. **Psychoneuroendocrinology**, v.32, n. 8-10, p.1013-1020, sep./nov. 2007. Disponível em : <[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453007001989](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453007001989)> Acesso em 31 jul. 2015.

SOARES, C.B; MUNARI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v.6, n.3, p.357-362, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717>> Acesso em 19 nov. 2015.

SOIFER, R.. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

STEIN, A. et al. The influence of maternal depression, caregiving and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. **Child Care Health Dev.**, v.34, n.5, p.603-612, jun. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2008.00837.x/full>> Acesso em 31 jul. 2015.

SKARI, H et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – a prospective population-based study of mothers and fathers. **Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.109, n.10, p.1154-1163, 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x/full>> Acesso em 21 ago. 2015.

TALGE, N.M.; NEAL, C.; GLOVER, V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? **J. Child Psychol. Psychiatry**, v.48, n.3-4, p.245-261, mar. 2007. Disponível em : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14697610.2006.01714.x/pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

Tavares, J. A resiliência na sociedade emergente. In: Tavares J. (Org.) **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, p.43-75, 2001.

TESDESCO, R.P et al. Fatores determinantes para as expectativas de primeigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Obstetricia e Ginecologia**, v.26, n.10, p.791-798, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>> Acesso em 21 ago. 2015.

THIENGO, D.L et al. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém nascido: coorte de mães atendidas em unidade básica de saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.61, n.4, p.214-220, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/04.pdf>> Acesso em 31 jul. 2015.

TORCHE, F; KLEINHAUS, K. Prenatal stress, gestational age and secondary sex ratio: the sex-specific effects of exposure to a natural disaster in early pregnancy. **Human Reproduction**. v. 27, n.2, p. 558-567, 2012. Disponível em: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/27/2/558.full>> Acesso em 31 jul. 2015.

VALENTINI, N.C. A influencia de uma intervenção motora no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores. **Rev. Paul. Educ. Fís.** (São Paulo), v.16, n.1, p.61-75, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v16%20n1%20artigo7%281%29.pdf>> Acesso em 26 nov. 2015.

VALENÇA, C.N; GERMANO, R.M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. RENE.**, v.11, n.2, p.129-139, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/382/pdf>> Acesso em 11 dez. 2015.

VAN DEN BERGH, B.R.H. et al. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: links and possible mechanisms: a review. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v.29, n.2, p.237-258, apr. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763404001307>> Acesso em 31 jul. 2015.

VASCONCELOS, A.A.J ; TENG, C. T. **Psiquiatria perinatal** : diagnóstico e tratamento. São Paulo : Atheneu, 2010.

VELEDA, A.A ; SOARES, M.C.F ; CÉZAR-VAZ, M.R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaucha de Enfremagem**, v.32, n.1, p.79-85, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a10v32n1.pdf>> Acesso em 02 set. 2015.

VERDOUX, H et al. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms : a prospective survey of the MATQUID cohort. v.106, n.3, p.212-219, sep. 2002.

VICTORA, C.G et al. Maternal and child health in Brazil : progress and challenges. **The Lancet**, v.377, n.9780, p.1863-1876, may. 2011.

VITTA, F.C.F et al. A dualidade cuidado x educação no cotidiano do berçário. **Paidéia.**, v.14, n.28, p.177-189, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/07.pdf>> Acesso em 03 set. 2015.

VITTOLO, M.R et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de Psiquiatria.** Rio Grande do Sul, v.29, n.1, p.28-34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a09>> Acesso em 31 jul. 2015.

VON RUEDEN, U et al. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. **J. Epidemiol. Community Health.** V.60, n.2, p.130-135, 2006. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/60/2/130.full> Acesso em 26 nov. 2015.

WACHS, T.D; EVANS, G.W. Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective. Decade of behavior, Science conference. Washington, DC, US: **American Psychological Association**, xviii, p.3-13, 2010.

WOOD, S.M. et al. Psychosocial stress during pregnancy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.202, n.1, p.61.e1-7, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809008266>> Acesso em 31 jul. 2015.

WENZEL, A. et al. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. **J. Anxiety Disord.**, v.19, n.3, p.295-311, 2005.

WILKINSON, R.B. Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor? **Australian Journal of Psychology.** v.47, n.2, p.86-92, aug. 1995.

WILLRICH, A; AZEVEDO,C.C.F; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância: influências dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev. Neurociên.**, v.17, n.1, p.51-56, 2009. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/226%20.pdf>> Acesso em 26 nov. 2015.

WHO/RHR/15.02. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. HRP. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)> Acesso em 10 ago. 2015.

WHO (World Health Organization). World Health Assembly: infant and young child nutrition. Geneva; 2001. (Resolution WHA, 54.2)

YAZLLE, M.E.H.D et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.2, p.202-206, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4406.pdf>> Acesso em 21 ago. 2015.

YOSHIDA, K et al. Postpartum depression in Japanese mothers and the reconsideration of 'Satogaeri Buben'. **Pediatr. Int.** v.43, n.2, p.189-193, apr. 2001.

YUNES, M. A. M. A aplicação da «grounded-theory» como método de análise qualitativa no estudo da resiliência em famílias de baixa renda. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v.13, n.2, p.123-138, 2001.

ZACONETA, A.M. et al. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.3, p.130-135, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618504000350>> Acesso em 31 jul. 2015.

ZAJONZ, R; MÜLLER, A.B; VALENTINI, N.C. A influencia de fatores ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. **R. da Edu. Fís./UEM**, (Maringá), v.19, n.2, p.159-171, 2. Trim. 2008. Disponível em: <http://educem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3220/3496> Acesso em 26 nov. 2015.

ZANBALDI, C.F; CANTILINO, A; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: Revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.4, p.252-257, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n4/a06v58n4.pdf> Acesso em 21 ago. 2015.

ZHU, S.H; VALBO, A. Depression and smoking during pregnancy. **Addict Behav.**, v.27, n.4, p.649-658, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12188598>> Acesso em 23 jul. 2015.

ZORZI, J.L. Aspectos básicos para a compreensão, diagnóstico e prevenção dos distúrbios de linguagem na infância. **Rev. CEFAC.**, v2, n.1, p.11-15, 2000. Disponível em: <<http://www.cefac.br/revista/revista21/Artigo%202.pdf>> Acesso em 27 nov. 2015.

### ANEXO A E-CPPC

Ainda pensando **no seu (sua) filho (a) mais novo(a)**, lembre-se da sua rotina com essa criança, quando tinha menos de dois anos (ou da rotina atual, caso essa criança ainda esteja nessa fase):

**Para a entrevistadora:** Para cada item, pergunte o quanto a mãe realizou essas atividades. Leia a afirmação, mostre no questionário que está diante da entrevistada, leia as opções e peça que indique sua resposta.

a) O quanto você realizou cada uma dessas atividades com a criança? De 1=nunca, até 5=sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
	1	2	3	4	5
1. Socorrer quando está chorando.					
2. Alimentar.					
3. Manter limpa.					
4. Cuidar para que durma e descanse.					
5. Não deixar que passe frio ou calor.					
6. Carregar no colo.					
7. Ter sempre por perto.					
8. Abraçar e beijar					
9. Dormir junto na cama					
10. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
11. Fazer cócegas					
12. Fazer massagem					
13. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
14. Brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)					
15. Fazer atividades físicas.					
16. Dar Brinquedos					
17. Jogar jogos.					
18. Pendurar brinquedos no berço					
19. Ver livrinhos juntos.					

20. Mostrar coisas interessantes.					
21. Conversar					
22. Explicar coisas.					
23. Ouvir o que tem a dizer.					
24. Responder a perguntas.					
25. Ficar frente a frente, olho no olho.					

**Para a entrevistadora:** Para cada item, pergunte o quanto a mãe acha importante. Leia a afirmação, mostre um cartão com as opções, leia as mesmas e peça que indique sua resposta.

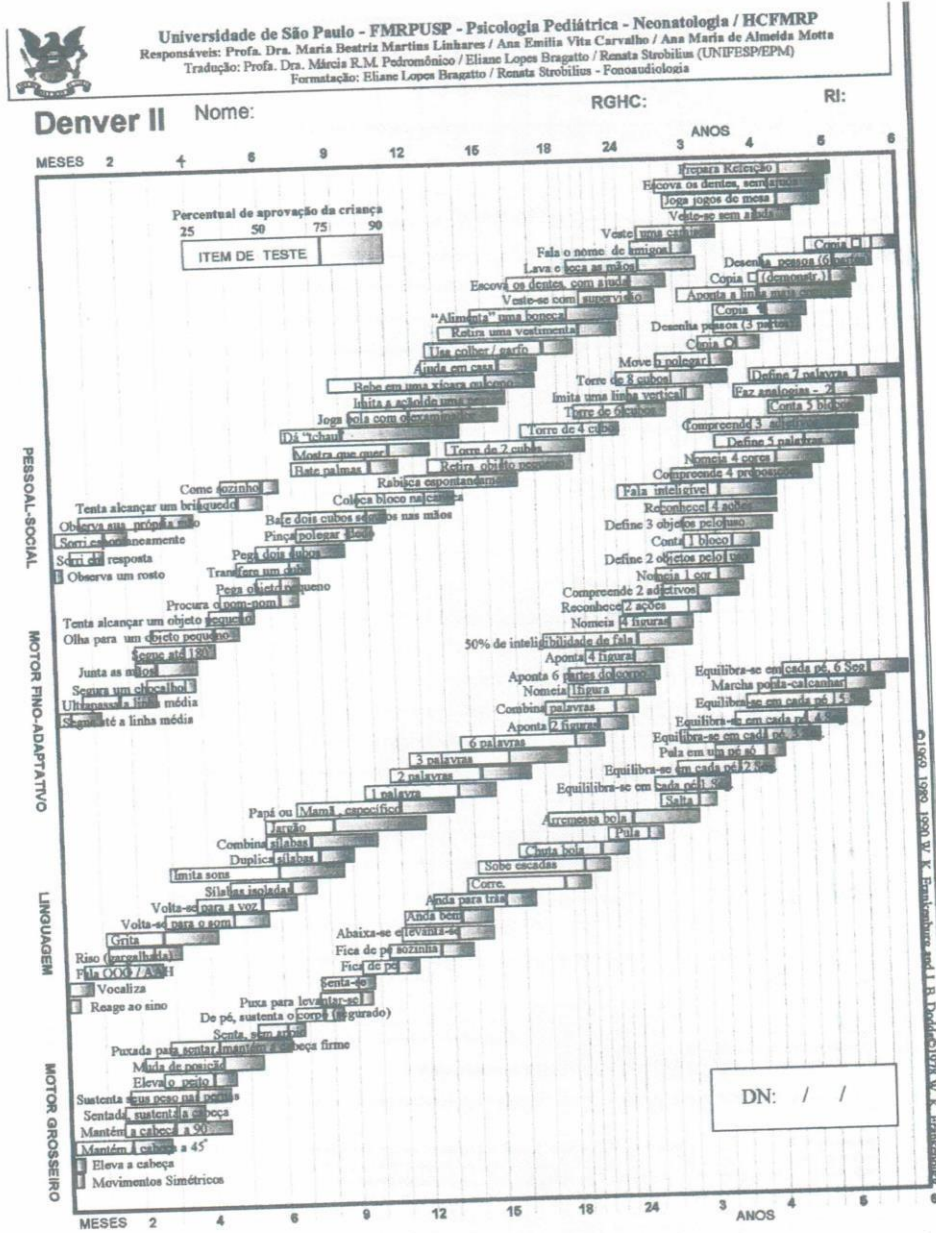
b) O quanto você avalia cada uma dessas atividades em termos de importância para você e seu filho? De 1= pouco importante a 5= muito importante.

	Pouco importante 1	Razoavelmente importante 2	Mais ou menos importante 3	Importante 4	Muito importante 5
1. Socorrer quando está chorando.					
2. Alimentar.					
3. Manter limpa.					
4. Cuidar para que durma e descanse.					
5. Não deixar que passe frio ou calor.					
6. Carregar no colo.					
7. Ter sempre por perto.					
8. Abraçar e beijar					
9. Dormir junto na cama					
10. Tentar evitar que se acidente (cuidados de segurança).					
11. Fazer cócegas					
12. Fazer massagem					
13. Deixar livre para correr, nadar, trepar.					
14. Brincadeiras de luta, de se embolar (corporais)					
15. Fazer atividades físicas.					

16. Dar Brinquedos					
17. Jogar jogos.					
18. Pendurar brinquedos no berço					
19. Ver livrinhos juntos.					
20. Mostrar coisas interessantes.					
21. Conversar					
22. Explicar coisas.					
23. Ouvir o que tem a dizer.					
24. Responder a perguntas.					
25. Ficar frente a frente, olho no olho.					

ANEXO B

302





## ANEXO C



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 02 de abril de 2012

Of. 135/2012

Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa  
Departamento de Neuro/Psic. e Psiquiatria da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Gimol,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4166-2012) "Desenvolvimento infantil: Sua associação com o stress, ansiedade e depressão materna, desde a gestação até o primeiro ano de vida", a ser conduzido por Rafaela de Almeida Schiavo, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/04/2012.

**Situação do Projeto: APROVADO.** Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP

## ANEXO D



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Botucatu

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho CIÊNCIA e AUTORIZO o desenvolvimento da Pesquisa intitulada "Desenvolvimento Infantil: sua associação com o stress, ansiedade e depressão materna, desde a gestação até o primeiro ano de vida", a ser conduzida pela aluna **Rafaela de Almeida Schiavo**, orientada pela prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Gimol Benzaquen Perosa** junto a esta Unidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Botucatu, 21 de Janeiro de 2013.

  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Janete Pessuto Simonetti**  
Vice-Supervisora do Centro de Saúde Escola/FMB



Faculdade de Medicina de Botucatu – Centro de Saúde Escola  
Rua Dr. Gaspar Ricardo, 181 CEP 18609-055 Botucatu São Paulo Brasil  
Tel./Fax 55 14 3882 5222 Email: [csesecretaria@fmb.unesp.br](mailto:csesecretaria@fmb.unesp.br)

## ANEXO E

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (014) 3235-1455 / Fax(014) 3235-1481

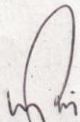
Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 03 de fevereiro de 2012.


**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Desenvolvimento Infantil: sua associação com o stress, ansiedade e depressão materna, desde a gestação até o primeiro ano de vida”** de autoria Rafaela de Almeida Schiavo, sob orientação da Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa, foi analisado pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas desta Secretaria Municipal de Saúde sendo autorizada a sua realização nesta instituição. Não obstante esta aprovação, enfatizamos a necessidade do referido projeto estar devidamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto à CONEP.– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, antes do início da pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.



**Dr.ª Maria Lígia Gerdullo Pin**  
Presidente da Comissão de Ética  
em Estudos e Pesquisas da SMS



**Dr José Fernando Casquel Monti**  
Secretário Municipal de Saúde

**ANEXO F**

DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Avenida José Horácio Mellão, 2001  
Centro – CEP 18.650-000

**DECLARAÇÃO**

Declaro que tenho CIÊNCIA e AUTORIZO o desenvolvimento da Pesquisa intitulada “Desenvolvimento Infantil: sua associação com o stress, ansiedade e depressão materna, desde a gestação até o primeiro ano de vida, a ser conduzida pela aluna Rafaela de Almeida Schiavo, orientada pela prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gilmol Benzaquen Perosa junto a esta Unidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprirei os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Apresentação dos resultados.

Por ser verdade, firmo o presente.

São Manuel, 13 de março de 2013.

Amãnda Vitoria Zorzi Segalla

Diretora Municipal de Saúde

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa: “DESENVOLVIMENTO INFANTIL: SUA ASSOCIAÇÃO COM O *STRESS*, ANSIEDADE E DEPRESSÃO MATERNA, DESDE A GESTAÇÃO ATÉ O PRIMEIRO ANO DE VIDA”, entendo que a pesquisa será realizada em três etapas, a primeira no terceiro trimestre de gestação, a segunda aos seis meses após o parto e a terceira aos quatorze meses após o parto, e autorizo a utilização dos dados obtidos em qualquer uma das três etapas da pesquisa no que diz respeito a mim e ao meu filho(a) para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação. Estou ciente de que responderei questionários que avaliarão stress, ansiedade e depressão na gravidez e aos seis meses de vida do meu filho(a), e que o tempo para respondê-los levará cerca de 15 à 30 minutos e a pesquisadora será responsável por me informar os resultados desses. Estou ciente também de que a segunda e terceira etapa será realizada em minha residência e que não terei nenhum ônus referente a participação nessa pesquisa podendo deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades por mim usufruídas nesta Unidade Básica de Saúde. Compreendo que a avaliação do desenvolvimento do meu filho será realizada em minha residência e que o pesquisador utilizará brinquedos para isso e que o tempo estimado para essa avaliação será cerca de 20 à 30 minutos. Dessa forma o tempo total de permanência do pesquisador em minha residência na segunda e terceira etapa dessa pesquisa será de aproximadamente uma hora. Em caso de dúvidas sei que devo procurar pelos responsáveis da pesquisa Rafaela<sup>1</sup> ou Gimol<sup>2</sup>. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Bauru, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Aplicador: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Rafaela Schiavo, Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel. Rua Quintino Bocaiuva s/n – Aparecida de São Manuel. telefone (14)3208-0223, e-mail: <rafaelaschiavo@bol.com.br>.

<sup>2</sup> Gimol Perosa, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Unesp/Botucatu, fone (14)3811-6260 ou 3811-6089, e-mail: <gimol@fmb.unesp.br>

## APÊNDICE B

### Entrevista Inicial

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

Nº DE FILHOS: \_\_\_\_\_ QUANTOS MENINOS \_\_\_\_\_ QUANTAS MENINAS \_\_\_\_\_

MÊS GESTACIONAL \_\_\_\_\_ SEXO DO BEBÊ \_\_\_\_\_

DATA PROVÁVEL DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE (RES) ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) união estável ( ) casada ( ) solteira ( ) namorando ( ) viúva

Escolaridade: ( ) analfabeta ou com ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior completo

Condição ativa: ( ) empregada ( ) desempregada

Renda familiar de até

Salário: ( ) até um salário mínimo  
 ( ) de 1 – 3 salários mínimo  
 ( ) 3 – 6 salários mínimo  
 ( ) acima de 6 salários mínimo

Número de Pessoas que moram na mesma casa que você \_\_\_\_\_

Assinale quem mora na mesma casa que você: ( ) Parceiro(a) ( ) Pai ( ) Mãe  
 ( ) Irmã(ão)nº \_\_\_\_\_ ( ) Filho(s) nº \_\_\_\_\_ ( ) Sogro ( ) Sogra ( ) Cunhado(a) nº \_\_\_\_\_  
 ( ) outros nº \_\_\_\_\_ ( ) familiares \_\_\_\_\_ ( ) Agregados nº \_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde física ou mental? ( ) Sim ( ) Não  
 Qual? \_\_\_\_\_

Desenvolveu algum problema de saúde durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não  
 Qual? \_\_\_\_\_

Toma algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual \_\_\_\_\_

Tem histórico de pessoas com transtorno mental na família? ( ) Sim ( ) Não  
 Se sim quem \_\_\_\_\_

É fumante? ( ) Sim ( ) Não

Teve ameaça de aborto? ( ) sim ( ) não

Teve algum abortamento anterior a esta gestação? ( ) sim ( ) não.  
 Quantos? \_\_\_\_\_

O bebê foi desejado por você? ( ) sim ( ) mais ou menos ( ) não

O bebê foi desejado por seu parceiro(a)? ( ) sim ( ) mais ou menos ( ) não

## APÊNDICE C

Questionário referente ao parto, nascimento e rotina de cuidados com o bebê

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Dados a respeito do parto:

1. Como foi seu parto? ( ) Vaginal ( ) Cesárea ( ) Fórceps ( ) Outro \_\_\_\_\_
2. Caso tenha sido por cesárea, foi marcada antecipadamente? ( ) Sim ( ) Não Porque? \_\_\_\_\_
3. Quanto tempo durou seu trabalho de parto? Desde as primeiras contrações até o nascimento  
( ) até 6 horas ( ) de 6 a 12 horas ( ) acima de 12 horas
4. Onde foi o seu parto: ( ) No Hospital ( ) Na sua casa ( ) outros. Se outros, onde? \_\_\_\_\_
5. Alguém te acompanhou na sala de parto? ( ) Sim ( ) Não Porque? \_\_\_\_\_
6. Se alguém te acompanhou na sala de parto, quem foi esta pessoa? ( ) Seu Companheiro(a)  
( ) Alguém da sua família ( ) Uma Doula. ( ) Outra pessoa. Se familiares, quem da família te acompanhou? \_\_\_\_\_
7. Ocorreu problemas com você durante o parto ( ) Sim ( ) Não. Se sim, o que ocorreu? \_\_\_\_\_

Dados a respeito do nascimento

8. O seu bebê nasceu ( ) A termo (completou nove meses) ( ) Prematuro (antes de completar nove meses)
9. Você precisou ficar internada após o parto? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, quanto tempo e qual o motivo? \_\_\_\_\_
10. O seu bebê precisou ficar internado? ( ) Sim ( ) Não. Se sim quanto tempo e qual o motivo? \_\_\_\_\_
11. Seu bebê precisou ir para incubadora? ( ) Sim ( ) Não Se sim, você sabe o motivo? \_\_\_\_\_
12. Qual era o peso do seu bebê quando nasceu? ( ) acima de 2500g ( ) a baixo de 2500g
13. Seu bebê após o nascimento ficou no mesmo quarto que você? ( ) Sim ( ) Não
14. Se sim, quanto tempo seu bebê ficou com você no mesmo quarto? ( ) até 3 horas ( ) até seis horas ( ) até 12 horas ( ) acima de 12 horas
15. Amamentou o seu bebê ao seio na primeira hora após o nascimento? ( ) Sim ( ) Não

Rotina de cuidados com o bebê

16. Hoje como é a alimentação de seu bebê? ( ) Apenas no seio ( ) no seio e na mamadeira ( ) somente na mamadeira
  17. Como se sentiu nos primeiros cuidados com o bebê (banho, alimentação, troca de roupa etc) ( ) muito segura ( ) segura ( ) insegura ( ) muito insegura
- Nas questão 18 e 19 você pode assinalar mais do que uma alternativa.
18. Você está considerando ser mãe, uma tarefa ( ) fácil ( ) difícil ( ) irritante ( ) gratificante.
  19. Você considera seu bebê na maior parte do tempo ( ) tranquilo ( ) inquieto ( ) chorão ( ) alegre ( ) doente ( ) saudável ( ) bravo ( ) calmo ( ) triste
  20. Você recebeu o recebe ajuda nos cuidados com o bebê ( ) sim ( ) não
  21. Se sim, quem te ajuda? ( ) parceiro(a) ( ) Mãe/Pai ( ) Sogra(o) ( ) Irmã(o) ( ) Cunhada(o) ( ) Amiga(o) ( ) Outra pessoa \_\_\_\_\_
  22. Recebeu ou recebe ajuda nos cuidados com a casa? ( ) sim ( ) não
  23. Se sim, quem te ajudou? ( ) parceiro(a) ( ) Mãe/Pai ( ) Sogra(o) ( ) Irmã(o) ( ) Cunhada(o) ( ) Amiga(o) ( ) Empregada ( ) Outra pessoa \_\_\_\_\_

24. Com quem o bebê fica a maior parte do tempo? ( ) comigo mesma ( ) minha mãe/pai ( ) minha sogra(o) ( ) meu parceiro(a) ( ) outra pessoa\_\_\_\_\_



**APÊNDICE D**

Chance de risco de atraso no desenvolvimento aos 6 e 14 meses de vida e variáveis do terceiro trimestre, parto, nascimento e cuidados.

<b>6 meses de vida (N=200)</b>	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
Mãe com idade > 20 anos	0,691	1,21	0,47 – 3,17
Mãe com problemas de Saúde na gestação	0,400	1,48	0,60 – 3,67
Cesariana	0,343	1,41	0,69 – 2,87
Mãe recebeu ajuda nas tarefas domésticas	0,418	1,38	0,63 – 3,01
Mãe com Alta A-traço gestacional	0,351	1,41	0,68 – 2,93
<b>14 meses de vida (N=139)</b>			
Prematuro	0,140	0,19	0,02 – 1,72
Incubadora	0,074	2,69	0,91 – 7,97

Teste Regressão Logística (p < 0.05)

## APÊNDICE E

Associação entre práticas de cuidados maternos e desenvolvimento neuropsicomotor aos 14 meses

<b>Desenvolvimento global (N=139)</b>					
	Normal		Suspeita de Risco		p-valor
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequado	48	(71,0)	20	(29,0)	0.704
Mais adequado	48	(68,0)	23	(32,0)	
<b>Pessoal-Social</b>					
	Norma		Atraso		
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequado	49	(72,0)	19	(28,0)	0.350
Mais adequado	56	(79,0)	15	(21,0)	
<b>Motor Adaptativo</b>					
	Normal		Atraso		
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequado	66	(97,0)	2	(3,0)	0.521
Mais adequado	68	(96,0)	3	(4,0)	
<b>Linguagem</b>					
	Normal		Atraso		
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequado	30	(44,0)	38	(56,0)	0.268
Mais adequado	38	(53,0)	33	(47,0)	
<b>Motor Amplo</b>					
	Normal		Atraso		
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequado	56	(82,0)	12	(18,0)	0.098
Mais adequado	50	(70,0)	21	(30,0)	

Teste qui-quadrado ( $p < 0.05$ )

## APÊNDICE F

Associação entre práticas de estimulação materna e desenvolvimento aos 14º meses

	<b>Desenvolvimento global (N= 139)</b>				<b>p-valor</b>
	Normal		Suspeita de Risco		
	N	(%)	N	(%)	
Menos adequada	68	(68,0)	32	(32,0)	0.664 <sup>a</sup>
Mais adequada	28	(72,0)	11	(28,0)	
	<b>Pessoal-Social</b>				
	Norma		Atraso		
Menos adequada	74	(74,0)	26	(26,0)	0.499 <sup>a</sup>
Mais adequadas	31	(79,0)	8	(21,0)	
	<b>Motor Adaptativo</b>				
	Normal		Atraso		
Menos adequada	96	(96,0)	4	(4,0)	0.568 <sup>b</sup>
Mais adequada	38	(97,0)	1	(3,0)	
	<b>Linguagem</b>				
	Normal		Atraso		
Menos adequada	44	(44,0)	56	(56,0)	0.063 <sup>a</sup>
Mais adequada	24	(62,0)	15	(38,0)	
	<b>Motor Amplo</b>				
	Normal		Atraso		
Menos adequada	78	(78,0)	22	(22,0)	0.440 <sup>a</sup>
Mais adequada	28	(72,0)	11	(28,00)	

<sup>a</sup>Teste Qui-quadrado<sup>b</sup>Teste Fisher

**APÊNDICE G**

Frequência e porcentagem de gestantes com sintomas de ansiedade, estresse e depressão, no terceiro trimestre de gestação (N=320)

Indicador de saúde mental	Terceiro Trimestre de Gestação (N = 320)	
	N	(%)
<b>Ansiedade</b>		
Alta A-traço	111	(35,0)
Alta A-estado	107	(33,0)
<b>Estresse</b>		
Com estresse	194	(61,0)
<b>Fases do Estresse</b>		
Alerta	9	(5,0)
Resistência	156	(80,0)
Quase Exaustão	26	(13,0)
Exaustão	3	(1,5,0)
<b>Sintomas de Estresse</b>		
Estresse Físico	50	(26,0)
Estresse Psicológico	130	(67,0)
Estresse F/P	14	(7,0)
<b>Depressão</b>		
Com sintomas	76	(24,0)

## APÊNDICE H

Chance de atraso no desenvolvimento na área Motor Adaptativo aos seis meses de vida

	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Mãe sem ocupação profissional</b>	0,606	1,28	0,50 – 3,31
<b>Mãe com problema de saúde</b>	0,516	0,59	0,12 – 2,88
<b>Mãe com problemas de Saúde na Gestaçã</b>	0,357	0,51	0,12 – 2,16
<b>Prematuro</b>	0,076	4,86	0,85 – 27,92
<b>Mãe internada após nascimento</b>	0,730	1,45	0,18 – 11,70
<b>Mãe Insegura nos cuidados</b>	0,109	2,10	0,85 – 5,18
<b>Mãe com Alta A-traço gestacional</b>	0,528	1,34	0,54 -3,36
<b>Mãe com Alta A-traço 6 meses pós-parto</b>	0,510	0,66	0,19 – 2,30
<b>Mãe com depressão 6 meses pós-parto</b>	0,317	1,99	0,52 – 7,71

Teste de Regressão Logística ( $p < 0.05$ )

**APÊNDICE I**

Regressão logística para chance de atraso no desenvolvimento na área de Linguagem aos seis meses de vida

	<b>p-valor</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%</b>
<b>Mãe Multípara</b>	0,250	1,89	0,64 – 5,62
<b>Mãe não ter companheiro</b>	0,120	0,18	0,02 – 1,57
<b>Mãe com familiar com transtorno mental</b>	0,092	0,31	0,08 – 1,21
<b>Cesariana</b>	0,153	2,19	0,75 – 6,39
<b>Bebê internado</b>	0,093	2,87	0,84 – 9,85
<b>Mãe com depressão gestacional</b>	0,143	0,31	0,06 – 1,49

Teste de Regressão Logística (p<0.05)