



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Larissa Yasmin da Silva Marques**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE DA CRIANÇA NOS**  
**PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA EM**  
**TEMPOS DE PANDEMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Enfermeiro

Orientadora: Profa Dra. Anna Paula Ferrari

**Botucatu**

**2024**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Marques, Larissa Yasmin da Silva.

Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida em tempos de pandemia / Larissa Yasmin da Silva Marques. - Botucatu, 2024

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem)  
- Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de  
Medicina, Botucatu

Orientador: Anna Paula Ferrari

Capes: 40403009

1. COVID-19, Pandemia de, 2020-. 2. Crianças - Cuidado e  
higiene. 3. Saúde materna. 4. Doença mental.

Palavras-chave: COVID-19; Cuidado da criança; Transtorno  
mental.

Larissa Yasmin da Silva Marques

**SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE DA CRIANÇA  
NOS PRIMEIROS 1000 DIAS DE VIDA EM  
TEMPOS DE PANDEMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu – “Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa Dra. Anna Paula Ferrari

Botucatu

2024

**Larissa Yasmin da Silva Marques**

**Saúde mental maternal e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida  
em tempos de pandemia**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Botucatu, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Anna Paula Ferrari

Comissão examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Anna Paula Ferrari

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Pinho Carvalheira

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

---

Prof<sup>a</sup> Ma. Elisângela Cristina de Campos

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Botucatu, 20 de novembro de 2024.

Dedico esse trabalho:

Aos meus avós,  
que, sob o calor do sol e o peso da chuva,  
plantaram em mim a força para seguir em frente.

À minha mãe,  
que vê coragem em meus passos,  
sem saber que é dela que toda essa coragem floresce.

À minha irmã,  
por quem luto a cada dia,  
para ser um exemplo que a inspire a caminhar sem medo

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por plantar em meu coração o desejo de cuidar antes mesmo de eu saber ler ou escrever. Sei que mesmo que eu não tenha agradecido suficientemente, Ele esteve sempre do meu lado.

Agradeço à minha mãe, Lucineide. Mulher guerreira e trabalhadora que depositou seus próprios sonhos em suas filhas. Estamos conseguindo, mãe! Eu não teria chegado até aqui se não fosse por todo seu esforço durante esses 4 anos. Obrigada por acreditar em mim.

Agradeço à minha avó, Dona Inês, que mesmo não tendo a chance dos estudos e de viver seus próprios sonhos, nunca deixou de me incentivar a correr atrás dos meus. Obrigada por ouvir minhas histórias, vó.

Agradeço ao meu avô, Seu Francisco, por batalhar diariamente, carregando o peso da enxada, para me ajudar durante minha graduação. Obrigada por me incentivar a continuar e por se alegrar ao ouvir minhas conquistas.

Agradeço à minha irmã, Lavínia. Você é luz, é força e é inspiração. Nunca se esqueça disso e saiba que você pode ser o que você quiser, porque você é capaz. Eu acredito em você.

Agradeço à minha tia, Luciana. Obrigada por me abraçar e me acolher desde criança. Obrigada por ser meu primeiro exemplo nos estudos e por sempre ler comigo.

Agradeço à turma XXXIII da graduação de enfermagem por termos vivido tudo isso juntos. E, em especial, agradeço à Julia Siqueira, à Daniela Santos, à Maria Eduarda Monteiro e ao Tarcisio Pimenta por serem as melhores pessoas que eu poderia ter tido em meus dias. Vocês me salvaram infinitas vezes e estão marcados em meu ser. Amo vocês.

Agradeço ao time de líderes de torcida, Pipeleaders. Vocês me ensinaram sobre superação, vencer os próprios medos, nunca desistir e que eu posso superar meus limites.

Agradeço ao Centro de Voluntariado Universitário, lugar onde eu pude colocar em prática meu desejo de fazer mais pelo mundo.

Agradeço à professora Anna Paula Ferrari por ter acreditado confiado em mim para esse trabalho tão importante e me guiado no mundo saúde infantil.

Agradeço à FAPESP que através do financiamento pelo processo nº: 2023/13534-5 viabilizou o desenvolvimento dessa pesquisa e contribuiu para a minha formação.

Por fim, agradeço a todos professores e enfermeiros que contribuíram pelo meu crescimento pessoal e profissional. Vocês foram a inspiração necessária que eu precisava.

*Palavras são, na minha nada humilde opinião,  
nossa inesgotável fonte de magia,  
capazes de ferir e de curar.*

**J.K. Rowling**

Marques L.Y.S **Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida em tempos de pandemia**. 2024. Dissertação (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2024.

## RESUMO

**Introdução:** A pandemia de COVID-19 trouxe impactos na saúde física e na saúde mental, econômica e social, afetando especialmente as mulheres. Para mulheres grávidas, esses riscos podem levar a complicações como parto prematuro e baixo peso fetal, além de afetar o desenvolvimento cognitivo dos filhos. **Objetivo:** Verificar o efeito da pandemia causada pelo SARS-COV-2 sobre a saúde mental materna e seu reflexo nos cuidados à criança nos primeiros 1000 dias de vida. **Métodos:** Trata-se de estudo de coorte retrospectiva cuja coleta de dados foi realizada em 3 momentos, sendo eles: triagem da amostra na população na Clínica do Bebê; entrevista telefônica com a mãe e levantamento de dados do prontuário do bebê. Para a análise de dados realizou-se análise bivariada entre sintomas de transtorno mental comum no período gravídico-puerperal e os desfechos e as covariáveis. As covariáveis que apresentaram associação com nível de significância estatística menor que 0,20 foram inseridas nos modelos de regressão múltipla. Relações foram consideradas significativas se  $p < 0,05$ , sendo as análises realizadas com o software SPSS versão 29.0.2.0 **Resultados:** Foram coletados dados de 357 binômios mãe-bebê e analisados 317. Na análise bivariada, associação estatisticamente significativa foi identificada entre relato de sintomas de transtorno mental comum materno e idade materna menor de 19 anos e ausência de parceria fixa no período gravídico-puerperal. Com relação ao desfecho rotina de atendimento prejudicada, houve associação estatisticamente significativa com mulheres que relataram sintomas de transtorno mental comum, sendo que seus filhos têm maior risco de apresentarem falhas na continuidade da rotina de puericultura nos primeiros 2 anos de vida quando comparados àqueles cujas mães não relataram sintomas de transtorno mental comum. Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre sintomas de transtorno mental comum relatados pelas mães e exposição precoce às telas **Conclusão:** Esses resultados sugerem que a pandemia de COVID-19 exacerbou os desafios já enfrentados no âmbito da saúde materno-infantil, no que se refere à saúde mental materna e as repercussões nos cuidados com as crianças.

**Palavras-chave:** COVID-19; Cuidado da Criança; Saúde Materna; Transtorno Mental.

Marques L.Y.S **Saúde mental maternal e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida em tempos de pandemia**. 2024. Dissertação (Bachelor of Nursing) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2024.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has had an impact on physical, mental, economic, and social health, especially affecting women. For pregnant women, these risks can lead to complications such as premature birth and low fetal weight, in addition to affecting the cognitive development of their children. **Objective:** To verify the effect of the pandemic caused by SARS-COV-2 on maternal mental health and its impact on child care in the first 1,000 days of life. **Methods:** This is a retrospective cohort study whose data collection was carried out in 3 moments, namely: screening of the sample in the population at the Baby Clinic; telephone interview with the mother; and collection of data from the baby's medical records. For data analysis, a bivariate analysis was performed between symptoms of common mental disorders (CMD) in the pregnancy-puerperal period and the outcomes and covariates. The covariates that showed an association with a level of statistical significance less than 0.20 were inserted into the multiple regression models. Relationships were considered significant if  $p < 0.05$ , and analyses were performed using SPSS software version 29.0.2.0. **Results:** Data were collected from 357 mother-infant pairs and 317 were analyzed. In the bivariate analysis, a statistically significant association was identified between maternal reports of common mental disorders symptoms and maternal age under 19 years, absence of a steady partner, and use of tobacco, alcohol, or other drugs during pregnancy and childbirth. Regarding the outcome impaired routine care, there was a statistically significant association with women who reported common mental disorders symptoms, and their children have a higher risk of failing to continue the childcare routine in the first 2 years of life when compared to those whose mothers did not report common mental disorders symptoms. No statistically significant association was identified between common mental disorders symptoms reported by mothers and early exposure to screens. **Conclusion:** These results suggest that the COVID-19 pandemic exacerbated the challenges already faced in maternal and child health, with regard to maternal mental health and the repercussions on child care.

**Key-words:** COVID-19; Child Care; Maternal Health; Mental Disorder.

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Análise univariada do transtorno mental comum (TMC) no período gravídico-puerperal segundo variáveis (possíveis confundidores). Botucatu, 2020-2022. .... 17

Tabela 2: Análise multivariada que investigou a associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com rotina de atendimento de puericultura nos primeiros 2 anos prejudicada. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2020-2022. .... 20

Tabela 3 – Análise multivariada que investigou a associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com introdução precoce das crianças com telas (antes dos 2 anos de idade). .... 20

## **Lista de abreviaturas e siglas**

OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISC	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
APS	Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
EAP	Estratégia de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
3. MÉTODOS.....	15
3.1 Desenho do estudo.....	15
3.2 Local do estudo.....	15
3.3 População do estudo .....	16
3.4 Coleta de dados.....	16
3.4.1 Momento 1: triagem da amostra na população na Clínica do Bebê .....	16
3.4.2 Momento 2: Entrevista telefônica com a mãe .....	17
3.4.3 Momento 3: Levantamento de dados do prontuário do bebê.....	17
3.5 Análise de dados .....	18
3.6 Procedimentos éticos .....	19
4. RESULTADOS .....	20
5. DISCUSSÃO .....	24
6. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS .....	30
APÊNDICE I.....	38
APÊNDICE II.....	43
ANEXO I.....	44

## 1. INTRODUÇÃO

No final de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um alerta sobre a ocorrência de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, cujo agente etiológico pertencente à família Coronaviridae e a espécie SARS-COV-2 não havia sido identificado, até então, em seres humanos. Em março de 2020, devido à intensa disseminação do coronavírus, a OMS caracterizou a doença como pandemia<sup>1-3</sup>.

Além dos impactos na saúde física, a pandemia também resultou em problemas econômicos, sociais e de saúde mental. As medidas de distanciamento social, o impacto psicológico advindo com o medo de ficar doente ou morrer e a incerteza em relação ao futuro aumentaram o risco de transtornos mentais, especialmente entre as mulheres<sup>4-5</sup>. Dificuldades financeiras, maior risco de violência doméstica e atividades remotas de ensino e trabalho também são estressores impostos pela pandemia que aumentam a chance de transtornos mentais na população feminina<sup>6</sup>.

Antes mesmo da pandemia, a depressão já era vista como um problema de saúde pública principalmente entre as mulheres que se encontram no ciclo gravídico-puerperal. Este ciclo é marcado por alterações hormonais, sociais, fisiológicas e psíquicas que aumentam o risco de sofrimento mental. De acordo com a OMS, em 2016, cerca de 10% das mulheres grávidas experimentaram um transtorno mental, sendo a depressão o principal deles<sup>7-8</sup>.

Sabe-se que a presença de sintomas associados a transtornos mentais comuns na gestação, sem tratamento e acompanhamento adequados, estão associados à depressão pós-parto, risco de parto prematuro, restrição do crescimento intrauterino e complicações obstétricas<sup>9-12</sup>. Outras repercussões da depressão na mulher grávida foram identificadas, como o maior risco de uso de substâncias como álcool e outras drogas, tabagismo, cuidado pré-natal insuficiente e complicações obstétricas como pré-eclâmpsia, parto prematuro, baixo peso do feto ao nascimento e o maior risco de depressão pós-natal<sup>13-16</sup>.

Pesquisas sugerem que filhos de mulheres que apresentaram transtorno mental comum durante a gestação podem apresentar, na infância, maior risco de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo devido ao aumento de hormônios como cortisol e andrógenos durante a gravidez<sup>10, 11, 17</sup>. Para que essas possíveis alterações sejam detectadas precocemente, é necessário acompanhamento adequado da criança, desde a sua concepção, respeitando os marcos de crescimento e de desenvolvimento previsto como rotina de assistência à saúde em

cada período da vida do novo ser. Para isso, é preciso que haja o acompanhamento da criança desde os primeiros mil dias de sua vida, período este que vai da concepção até o segundo ano de vida<sup>18, 19</sup>.

O conceito dos primeiros mil dias tem sido adotado desde 2008, quando a revista “The Lancet” publicou uma série que identificou os benefícios, por toda a vida, da nutrição adequada e crescimento saudável até o final do segundo ano de vida da criança. Considera-se que neste período há um intenso desenvolvimento das atividades cerebrais e rápido crescimento e desenvolvimento. Os profissionais de países de baixa e média renda devem ficar ainda mais atentos para essas questões, visto que problemas no desenvolvimento cognitivo, físico e social são mais frequentes em crianças que residem nestas localidades<sup>12, 18</sup>.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é um dos pilares da saúde infantil. Para isso, é proposto uma rotina de atendimento nos primeiros 2 anos de vida que inclui a realização do teste de triagem neonatal (entre o terceiro e o quinto dia de vida do recém-nascido), o cumprimento do calendário mínimo de consultas para assistência à criança, avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas e calendário vacinal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e região de residência<sup>20</sup>.

Entretanto, o impacto da pandemia tem como efeito indireto a possibilidade de não cumprimento da rotina de atendimento preconizada nos primeiros mil dias, o que pode gerar danos de pequeno a longo prazo para a vida da criança, como infecções que poderiam ser evitadas por meio da vacinação em tempo oportuno, déficit no desenvolvimento neuropsicomotor sem diagnóstico precoce e estado nutricional prejudicado sem as orientações e condutas adequadas, que poderiam ser acompanhados adequadamente caso a rotina de atendimento fosse respeitada, entre outros. Somados a isso, observa-se exagero no uso de telas devido ao desemprego materno e paterno<sup>20</sup>.

Diante do exposto e considerando o impacto da pandemia sobre a saúde materno-infantil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>21</sup> que prevê, dentre outros princípios, a integralidade do cuidado com vistas à redução da morbimortalidade materna e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)<sup>22</sup> que objetiva proteger e promover a saúde da criança, propõe-se o presente trabalho de conclusão de curso.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

- Verificar o efeito da pandemia causada pelo SARS-COV-2 sobre a saúde mental materna e seu reflexo nos cuidados à criança nos primeiros 1000 dias de vida.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar se há associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com rotina de atendimento de puericultura nos primeiros 2 anos prejudicada.
- Identificar se há associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com uso de telas antes dos dois anos.

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de estudo de coorte retrospectiva desenvolvido com mães e crianças assistidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de município de médio porte do interior paulista, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (número do processo: 2023/13534-5).

Essa classificação de estudo tem caráter observacional com o intuito de investigar a associação entre um fator de exposição ou risco e um desfecho ou resultado específico. A coorte retrospectiva tem o objetivo de reunir uma coorte ou grupo que será estudado no passado e acompanhar esse grupo até o presente momento<sup>23</sup>.

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em Botucatu/São Paulo, município com população estimada de 149.718 habitantes em 2021, localizado na região centro-sul do estado, no sudeste brasileiro. De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, a cidade é classificada como desigual: nível de riqueza elevado, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixas)<sup>24</sup>.

Botucatu compõe o Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI) com outros 67 municípios. Para atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), conta com um Hospital-Escola (destinado às gestantes, parturientes e puérperas de baixo e alto risco); para assistência às gestantes conveniadas e particulares, há um hospital privado. Conta com Rede de Atenção Primária à Saúde constituída por duas Estratégias de Atenção Primária (EAP), seis Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional, 12 Unidades de Saúde da Família, dois Centros de Saúde Escola e o Espaço Saúde Professora Cecília Magaldi, que contempla o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) Rede Viva, a Clínica do Bebê, a Clínica de Práticas Integrativas (acupuntura e terapia manual), especialidades médicas (homeopatia, ginecologia, urologia, ortopedia e gastroenterologia), o Programa Municipal de DST/aids e a Farmácia Municipal<sup>25</sup>.

### **3.3 População do estudo**

A população do estudo é composta de mães e crianças assistidas pela APS. Como critério de inclusão, o processo gestacional deve ter ocorrido a partir de março de 2020 e a criança, no momento da coleta de dados, deve ter completado o período que corresponde aos primeiros 1000 dias de vida, ou seja, deve ter completado dois anos de idade. O atendimento de pré-natal e de puericultura deverá ter sido feito exclusivamente pelo SUS.

O cálculo amostral foi realizado por profissional estatístico do Escritório de Apoio à Pesquisa (EAP) da Faculdade de Medicina de Botucatu. Estima-se uma amostra de 450 binômios mãe-bebê. Esta estimativa foi obtida supondo: i) 60% de sintomatologia compatível com transtorno mental comum (depressão ou ansiedade)<sup>26</sup>, num cenário de pandemia, em gestantes e/ou puérperas, ii) 20% de falha na detecção de gestantes e/ou puérperas sintomáticas, iii) poder do teste de 80%, iv) nível de confiança igual a 95% e v) plano de amostragem aleatória simples.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em três momentos, no período de 01 de fevereiro de 2023 a 20 de agosto de 2024 utilizando os instrumentos elaborados especificamente para esse trabalho (Apêndice I e Apêndice II) e detalhado a seguir:

#### **3.4.1 Momento 1: triagem da amostra na população na Clínica do Bebê**

Inicialmente, foi feita a identificação do binômio mãe-bebê por meio de um levantamento de dados na Clínica do Bebê, unidade responsável pela triagem neonatal do município. Este serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) do município atende os bebês nos primeiros dias de vida, com o principal objetivo de identificar precocemente riscos biológicos e sociais. Todos os recém-nascidos do município, sejam provenientes de hospitais privados ou vinculados ao SUS, têm atendimento garantido neste serviço<sup>27</sup>. A coleta de informações do binômio mãe-bebê incluiu o nome e a data de nascimento da mãe. Com esses dados, foi possível acessar o número de telefone da mãe no Sistema de Informações do município, bem como as informações sobre consultas de puericultura e histórico de vacinação. Isso viabilizou a realização dos momentos 2 e 3 da coleta de dados.

### 3.4.2 Momento 2: Entrevista telefônica com a mãe

Nesse momento, foram levantadas questões por meio de entrevista eletrônica de curta duração. As variáveis desse momento e as fontes de dados estão descritas no quadro 1. Entre as variáveis propostas estão: autorrelato e sintomas de depressão ou ansiedade no período gravídico puerperal; rede de apoio no puerpério; aleitamento materno até o sexto mês de vida; aleitamento materno complementar até 24 meses; se a mãe é tabagista, etilista ou realizou uso de outras drogas durante gestação e puerpério; se o bebê teve acesso a telas nos primeiros 2 anos de vida.

Para mensurar depressão e ansiedade durante a gravidez e/ou puerpério foi perguntado à participante: “Durante sua gestação ou puerpério, você apresentou sintomas de ansiedade ou depressão?” Caso a resposta seja “sim” significará que a participante teve exposição à transtorno mental comum<sup>28-29</sup>.

Sobre o uso de telas, a Academia Americana de Pediatria ressalva que menores de dois anos não sejam expostos a essa tecnologia. Por tratar de uma condição muito difícil na atualidade, especialistas orientam que o uso seja supervisionado e por pouco tempo. O tempo máximo de exposição não deve ultrapassar 15 minutos por período (manhã, tarde e noite). Acima desse tempo pode haver comprometimento da maturidade da musculatura ocular<sup>30</sup>.

### 3.4.3 Momento 3: Levantamento de dados do prontuário do bebê

Para considerar falha na assistência ou cuidados com a criança, estabelece-se que a seguinte situação será avaliada: se houve falha na periodicidade da rotina de consultas de puericultura durante os 2 primeiros anos da criança. Essa informação foi coletada a partir do prontuário eletrônico (Apêndice II). As variáveis desse momento e as fontes de dados estão descritas no quadro 1.

Ademais, cabe a esse estudo o entendimento de potenciais confundidores, sendo eles: Idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas (sim/não); Peso ao nascer menor que 2.500g (sim/não); Escolaridade materna menor que 9 anos (sim/não); Trabalho materno não remunerado (sim/não); Idade materna menor que 19 anos (sim/não); Cor da pele materna não branca (sim/não); Não viver com parceria (sim/não); Número de consultas de pré-natal menor que 6 (sim/não); Parto cesárea (sim/não); Não ter tido rede de apoio no puerpério (sim/não); Não ter tido contato pele a pele ao nascer (sim/não); Não ter amamentado na primeira hora de vida (sim/não); Tabagista, etilista ou uso de outras drogas (sim/não).

**Quadro 1:** Variáveis do estudo e forma de expressão, tendo como fonte de informações entrevista telefônica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2024.

Variáveis	Fonte de dados
<u>Variáveis independentes</u>	
- Sintoma de transtorno mental comum no período gravídico-puerperal (Sim/Não)	Entrevista
<u>Desfechos</u>	
- Uso de telas antes dos 2 anos de idade (Sim/Não)	Entrevista
- Rotina de atendimento de puericultura nos primeiros 2 anos prejudicada (Sim/Não)	Prontuário
<u>Covariáveis</u>	
- Idade materna no momento do parto inferior a 19 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Mãe principal cuidadora (Sim/Não)	Entrevista
- Mãe primípara (Sim/Não)	Entrevista
- Vive com parceria (Sim/Não)	Entrevista
- Trabalho materno remunerado (Sim/Não)	Entrevista
- Cor da pele da mãe (Branca/Não branca)	Entrevista
- Escolaridade materna > 9 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Uso de substâncias psicoativas no período gravídico puerperal (Sim/Não)	Entrevista
- Pré-natal com mais de 6 consultas (Sim/Não)	Entrevista
- Parto vaginal (Sim/Não)	Entrevista
- Apoio no puerpério (Sim/Não)	Entrevista
- IG $\geq$ 37 semanas (Sim/Não)	Entrevista
- Contato pele a pele na primeira hora de vida (Sim/Não)	Entrevista
- Aleitamento materno na primeira hora de vida (Sim/Não)	Entrevista
- Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (Sim/Não)	Entrevista
- Aleitamento materno complementar até os 2 anos (Sim/Não)	Entrevista
- Local de realização das consultas de puericultura (Sim/Não)	Entrevista

### 3.5 Análise de dados

Realizou-se análise bivariada entre sintomas de transtorno mental comum no período gravídico-puerperal e os desfechos e as covariáveis, sendo estimados os riscos relativos (RR) brutos, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), a partir de modelos de regressão de Cox. As covariáveis que apresentaram associação com nível de significância estatística menor que

0,20 foram inseridas nos modelos de regressão múltipla, por seu potencial efeito de confusão em relação às associações sob investigação. As relações entre sintomas de transtorno mental comum no período gravídico-puerperal e desfechos nos primeiros 1000 dias considerados neste estudo foram então avaliadas por modelos multivariados de regressão de Cox. Relações foram consideradas significativas se  $p < 0,05$ , sendo as análises realizadas com o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 29.0.2.0

### **3.6 Procedimentos éticos**

O presente projeto foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa local e seu desenvolvimento começou após aprovação – CAAE 60463822.6.0000.5411. As mães que concordaram em participar do estudo tiveram o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) gravado via telefone. Durante a coleta de dados, nos casos que foram identificados alguma necessidade de saúde, as mães entrevistadas foram orientadas conforme a demanda.

#### 4. RESULTADOS

Foram realizadas 357 coletas de dados referentes aos momentos II e III da coleta de dados. Para as análises deste estudo foram excluídos 40 participantes por estarem com dados incompletos, totalizando 317 participantes.

Deste total, 163 mulheres entrevistadas (51,4%) relataram sintomas de transtorno mental comum (TMC) no período gravídico-puerperal e 154 mulheres (48,6%) não relataram esses sintomas de saúde mental comum.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e gestacionais das mulheres entrevistadas, características ao nascer, de aleitamento materno e de cuidados da criança nos primeiros 1000 dias de vida, segundo relatos maternos de sintomas de transtorno mental comum.

**Tabela 1:** Análise univariada do transtorno mental comum (TMC) no período gravídico-puerperal segundo variáveis (possíveis confundidores). Botucatu, 2020-2022.

Variáveis	Sintoma de Transtorno Mental Comum*				p**	RR (IC95%)
	Sim (n = 163)		Não (n = 154)			
	n	%	N	%		
<b>Idade (anos)</b>						
até 19	12	7,3	2	1,3		1
20 ou mais	151	92,7	152	98,7	<b>0,033</b>	0,17 (0,03-0,87)
<b>Mãe principal cuidadora</b>						
Sim	160	98,1	151	98,0	0,934	1,08 (0,18 – 6,21)
Não	3	1,9	3	6		1
<b>Mãe primípara</b>						
Não	97	59,5	94	61,0	0,742	0,91 (0,55 – 1,52)
Sim	66	40,5	60	39,0		1
<b>Vive com parceria</b>						
Sim	101	61,9	122	79,2	<b>0,004</b>	0,45 (0,26-0,77)
Não	62	38,1	32	20,8		1
<b>Trabalho materno remunerado</b>						
Sim	73	44,8	67	43,5	0,466	1,20 (0,73-1,97)

Não	90	55,2	87	56,5		1
<b>Cor da pele da mãe</b>						
Branca	93	57,0	86	55,8	0,475	1,20 (0,73-1,99)
Preta/parda	70	43,0	68	44,2		1
<b>Escolaridade materna &gt; 9 anos</b>						
Sim	131	80,3	127	82,4	0,590	0,84 (0,44-1,58)
Não	32	19,7	27	17,6		1
<b>Uso de substâncias psicoativas no período gravídico-puerperal</b>						
Sim	108	66,2	92	59,7	<b>0,143</b>	1,45 (0,89-2,39)
Não	55	33,8	62	40,3		1
<b>Pré-natal com mais de 6 consultas</b>						
Sim	152	93,3	141	91,6	0,453	1,38 (0,55-3,46)
Não	11	6,7	13	8,4		1
<b>Parto vaginal</b>						
Sim	90	55,2	91	59,1	0,790	0,93 (0,56-1,55)
Não	73	44,8	63	40,9		1
<b>Apoio no puerpério</b>						
Sim	125	76,7	121	78,6	0,832	1,06 (0,59-1,89)
Não	38	23,3	33	21,4		1
<b>IG ≥ 37 semanas</b>						
Sim	144	88,3	141	91,6	0,738	0,87 (0,38-1,96)
Não	19	11,7	13	8,4		1
<b>Contato pele a pele na primeira hora de vida</b>						
Sim	114	70,0	115	74,7	0,896	0,95 (0,50-1,83)
Não	49	30,0	39	25,3		1
<b>Aleitamento materno na primeira hora de vida</b>						
Sim	100	61,3	105	68,1	0,209	0,68 (0,38-1,23)
Não	63	38,7	49	31,9		1
<b>Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses</b>						
Sim	86	53,0	95	61,7	0,285	0,74 (0,43-1,27)
Não	77	47,2	59	38,3		1
<b>Aleitamento materno complementar até os 2 anos</b>						
Não	122	74,9	113	73,3	0,571	1,18 (0,65-2,16)
Sim	41	25,1	41	26,7		1
<b>Local de realização das consultas de puericultura</b>						
USF	82	50,3	68	44,1	0,872	1,04 (0,63-1,72)
UBS	81	49,7	86	55,9		1
<b>Uso de telas antes dos 2 anos de idade</b>						
Sim	112	68,8	107	69,5	0,530	0,78 (0,36-1,68)
Não	51	31,2	47	30,5		1
<b>Rotina de atendimento de puericultura nos primeiros 2 anos prejudicada</b>						
Sim	136	83,4	112	72,7	<b>0,032</b>	1,90 (1,06-3,42)

Não	27	16,5	42	27,3	1
-----	----	------	----	------	---

\*No período gravídico-puerperal

\*\*Resultado da regressão de Cox univariada; RR= risco relativo; IC95%= intervalo de 95% de confiança.

As variáveis elencadas como covariáveis que se associaram ( $p < 0,20$ ) aos sintomas de TMC relatados pelas mães são: idade materna ( $p = 0,033$ ; RR= 0,17; IC95% = 0,03 - 0,87), mãe com parceria ( $p = 0,004$ ; RR= 0,45; IC95% = 0,26-0,77), e uso de substâncias psicoativas no período gravídico-puerperal ( $p = 0,143$ ; RR= 1,45; IC95% = 0,89-2,39) (Tabela 1).

Dentre as mulheres que relataram sintomas de TMC, a maioria tinha 20 anos ou mais ( $n=151$ ; 92,7%), era a principal cuidadora do filho ( $n=160$ ; 98,1%), eram multíparas ( $n=97$ ; 59,5%), vivia com parceria ( $n=101$ ; 61,9%), não exercia trabalho remunerado ( $n=90$ ; 55,2%); se autodeclararam brancas ( $n=93$ ; 57,0%); possuía escolaridade maior de 9 anos ( $n=131$ ; 80,3%) e fizeram uso de substâncias psicoativas ( $n= 108$ ; 66,2%) (Tabela 1).

A respeito do período gravídico-puerperal, das mulheres que relataram sintomas de TMC, a maioria realizou mais de 6 consultas de pré-natal ( $n= 152$ ; 93,3%), a idade gestacional ao nascer foi acima de 37 semanas ( $n=144$ ; 88,3%), tiveram parto vaginal ( $n=90$ ; 55,2%) e receberam apoio no puerpério ( $n=125$ ; 76,7%) (Tabela 1).

Sobre as crianças, a maioria daquelas cujas mães relataram sintomas de saúde mental comum tiveram o contato pele a pele na primeira hora de vida priorizado ( $n=114$ ; 70,0%) e o aleitamento materno priorizado na primeira hora de vida ( $n=100$ ; 61,3%); tiveram aleitamento materno exclusivo até os 6 meses ( $n=86$ ; 53,0%), receberam aleitamento materno complementar até os 2 anos ( $n=122$ ; 74,9%) e tiveram suas consultas de puericultura realizadas em Unidades de Saúde da Família ( $n=82$ ; 50,3%) (Tabela 1).

O primeiro desfecho analisado foi a relação entre relato de sintoma de transtorno mental comum com a rotina de atendimento de puericultura prejudicada nos primeiros 1000 dias, representado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Análise multivariada que investigou a associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com rotina de atendimento de puericultura nos primeiros 2 anos prejudicada. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2020-2022.

Variável	RR	IC95%	$P < 0,05$
Rotina prejudicada	1,80	1,02-3,14	<b>0,039</b>

Idade da mãe ≤ 19 anos	5,18	1,09-24,51	<b>0,038</b>
Ausência de parceria fixa	2,10	1,25-3,51	<b>0,005</b>
Uso de substâncias psicoativas no período gravídico-puerperal	0,70	0,43-1,13	0,150

Manteve-se associação estatisticamente significativa entre idade materna menor de 19 anos ( $p= 0,038$ ;  $RR= 5,18$ ;  $IC95\%= 1,09 - 24,51$ ) e ausência de parceria fixa ( $p= 0,005$ ;  $RR= 2,10$ ;  $IC95\% = 1,25 - 3,21$ ). Quanto ao desfecho, de maneira independente, os filhos de mulheres que relataram sintomas de transtorno mental comum têm maior risco, aproximadamente 1,8 vezes maior, de apresentarem falhas na continuidade da rotina de puericultura nos primeiros 2 anos de vida ( $p= 0,039$ ;  $RR= 1,80$ ;  $IC95\%= 1,02 - 3,14$ ), quando comparados àquelas cujas mães não relataram sintomas de TMC (Tabela 2).

O uso precoce de telas, ou seja, crianças que tiveram acesso à telas antes de completarem os 2 anos de idade, associado aos sintomas de TMC relatados pelas mães também foi avaliado, conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3** – Análise multivariada que investigou a associação entre Transtorno de Mental Comum (TMC) no período gravídico-puerperal com introdução precoce das crianças com telas (antes dos 2 anos de idade).

<b>Características</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>	<b><i>P &lt; 0,05</i></b>
Uso de telas antes dos 2 anos	0,966	0,59-1,58	0,891
Idade da mãe ≤ 19 anos	5,22	1,11-24,43	<b>0,036</b>
Ausência de parceria fixa	2,15	1,29-3,59	<b>0,003</b>
Uso de substâncias psicoativas no período gravídico-puerperal	0,71	0,44-1,14	0,158

Nessa análise, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre sintomas de TMC relatados pelas mães e exposição precoce às telas. A idade materna menor ou igual a 19 anos ( $p= 0,036$ ;  $RR= 5,22$ ;  $IC95\%= 1,11 - 24,43$ ) e a ausência de parceria fixa mantiveram associação significativa ( $p= 0,003$ ;  $RR= 2,15$ ;  $IC95\%= 1,29 - 3,59$ ) (Tabela 3).

## 5. DISCUSSÃO

Discute-se, a seguir, os principais achados acerca do efeito da pandemia causada pelo SARS-COV-2 sobre a saúde mental materna e seu reflexo nos cuidados à criança nos primeiros 1000 dias de vida. Os principais resultados relacionam-se à associação entre idade materna menor que 19 anos, mulher viver sem parceria fixa, rotina de atendimento da criança prejudicada e relato de sintomas de TMC no período gravídico-puerperal.

O período gravídico-puerperal é marcado por transformações físicas, emocionais, psicológicas e sociais. A transição de ser mulher para ser mãe-mulher pode impactar o psiquismo da gestante, independentemente de sua faixa etária; contudo, esse impacto é especialmente significativo em adolescentes grávidas<sup>31</sup>. O estudo aponta que mulheres que gestaram e pariram na adolescência apresentam maior risco de desenvolver sintomas de transtornos mentais comuns (TMC) durante o período gravídico-puerperal, em comparação com mulheres com idade acima de 19 anos.

Esses resultados podem ser explicados por achados de um estudo descritivo realizado em uma UBS em Florianópolis, que buscou entender a percepção das adolescentes sobre as mudanças sociais, físicas e emocionais durante a gravidez. O estudo revela que as transformações da adolescência, associadas à gestação, como o aumento dos seios, ganho de peso, perda da confiança da família e, em alguns casos, o afastamento do próprio namorado ou progenitor, geram instabilidade psíquica<sup>32</sup>.

Com relação a associação entre mulheres com parceria fixa e relato de sintomas de TMC, em que ter parceria diminui o risco de apresentar sintomas como depressão e ansiedade, pode-se inferir que gestantes solteiras possuem a tendência de visualizar o parto como um momento essencialmente negativo, marcado apenas por dor e dificuldade<sup>33</sup>. Ao pensar em parto, um importante estudo publicado por Harvard em 1996 relatou que mulheres que tiveram a companhia do parceiro no momento do parto relataram menos dor, receberam menos analgesia e, no contexto geral, vivenciaram uma experiência mais positiva<sup>34</sup>.

Entretanto, o Brasil vive um contexto diferente. A monoparentalidade feminina vem crescendo significativamente nas últimas décadas e com isso, cada vez mais mulheres precisam lidar com sua gestação, parto e puerpério sozinhas. Estudo realizado pelo Ibre-FGV trouxe que no final de 2022, havia cerca de 11,3 milhões de mães solas no país<sup>35</sup> e isso reflete diretamente na qualidade de vida dessa mulher e dos filhos dela.

Resultados de um estudo publicado por Gomes em 2022 que se propôs a identificar sintomas de depressão pós-parto e seus fatores associados em um município em Minas Gerais, apresenta resultados semelhantes aos desse trabalho em que foi observado maior prevalência ( $p=0,000$ ) de sintomas de TMC em mulheres com ausência de parceiro fixo<sup>36</sup>. Soma-se a isso, dados de um estudo realizado em 2015 que destacou que relações conflituosas com o pai da criança pode atuar como fator preditivo para o aparecimento de sintoma de transtorno mental<sup>37</sup>.

A incidência de sintomas de TMC durante o período gravídico-puerperal, apresenta importante significância ao ser levado em consideração os danos à longo prazo para a vida dessa criança, visto que a mulher com depressão após o nascimento de seu filho irá amamentar pouco ou não irá amamentar, propiciando o risco de desnutrição e baixo peso desse bebê<sup>38</sup>. Soma-se a isso, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança, que pode persistir durante toda infância e adolescência.

No que se refere ao contexto da pandemia de COVID-19, a realidade vivida nesse período ocasionou incontáveis mudanças significativas na vida da população mundial. As medidas de isolamento social privaram as crianças de viverem plenamente alguns direitos, como lazer, interação social e segurança alimentar<sup>39</sup>. Ademais, em cenários não pandêmicos, crianças de 0 a 3 anos tendem à permanecer boa parte de seu tempo em creches que atuam como potencializadoras do desenvolvimento infantil – realidade essa que foi restringida durante a pandemia.

Embora o presente estudo não tenha identificado associação significativa entre sintomas de TMC e uso de telas, destaca-se a alta prevalência de crianças que foram expostas a telas antes de completarem 2 anos (61,3%), independentemente da mãe ter relatado sintoma de TMC. Um estudo transversal publicado em 2021 que buscou identificar os fatores associados ao uso de telas em crianças comparou dois grupos: um antes da pandemia (novembro, 2018 – março, 2019) a após a pandemia (maio a junho, 2020), demonstrou que a pandemia de COVID-19 pode ter aumentado os níveis de TMC entre mulheres e estaria diretamente relacionada ao tempo de uso de mídias digitais entre crianças<sup>40</sup>.

Em estudo publicado por McDaniel em 2018, que buscou compreender as associações entre o uso de tecnologia pelos pais e o comportamento infantil, foi concluído que pais tem ofertado tecnologias digitais à seus filhos como forma de aliviar o estresse parental<sup>41</sup>. Essa alternativa pode ter benefícios momentâneos para os pais, mas pode atuar enfraquecendo as conexões entre pais e filhos.

Em livro publicado em 2021 pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal que preza por uma primeiríssima infância segura, é possível compreender a necessidade de crianças precisarem de interações sociais, afinal, são essas interações que irão construir o processo de aprendizagem e de desenvolvimento dessa criança<sup>42</sup>. Entretanto, nesse mesmo trabalho é exposto que cerca de 36% das crianças entre 1 e 2 anos participantes do estudo assistiam vídeos na televisão, celular ou tablet todos os dias.

Esse contexto fere o proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria que é rígida ao recomendar que antes da criança completar 2 anos de idade não devem ser expostas a telas. Os motivos dessa recomendação se dá pelos efeitos nocivos do uso de telas em crianças. Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guideline com orientações para o cuidado de crianças menores de 5 anos e, dentre os consensos está que há uma associação entre exposição digital de menores de 2 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, comportamental e interacional<sup>43</sup>.

Dentre os malefícios relacionados ao uso de telas em menores de 2 anos, um estudo realizado com 259 díades mãe-bebê entre 2005 e 2009 resultou que crianças que foram expostas a mídias aos 6 meses de idade apresentaram desenvolvimento cognitivo e da linguagem prejudicados aos 14 meses<sup>44</sup>. Em um estudo de caso controle desenvolvido em 2009 foi constatado que crianças menores de 12 meses expostas há cerca de 2 horas de telas diárias tinham 6 vezes mais chances de apresentar atraso de linguagem<sup>45</sup>.

Outras consequências do uso de telas excessivo corroborado pela pandemia de COVID-19 são o aumento do risco de problemas visuais como a miopia relacionada ao aumento do uso de telas<sup>46-47</sup>; aumento da realização de atividades sedentárias, redução da prática de atividades físicas e aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) que segundo Alghadir (2021)<sup>48</sup> e Surekha (2021)<sup>49</sup> está relacionado com o aumento no tempo assistindo televisão e usando computadores. Ademais, outro problema crescente com a pandemia foi o aumento do consumo de alimentos em frente à televisão que está relacionado ao aumento do consumo de alimentos gordurosos, aumento do consumo alimentar, redução da prática de atividades físicas e consequente aumento do risco de obesidade<sup>49-50</sup>.

É pertinente à essa discussão o papel da APS no cuidado dessas crianças. Durante as consultas de puericultura é possível realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, realizar orientações e instruir hábitos saudáveis para os pais e cuidadores. Entretanto, durante o período pandêmico, as ações de promoção e prevenção em saúde precisaram ser limitadas devido o cenário epidemiológico.

Um estudo realizado no Piauí e publicado em outubro de 2022, buscou demonstrar as maiores fragilidades na atenção à saúde da criança no período pandêmico. Entre os relatos, foi prevalente a questão da dificuldade de realização de consultas de puericultura e visitas domiciliares<sup>51</sup>. Mesmo as atividades de imunização das crianças aconteciam com bastante dificuldade e nelas eram realizadas orientações dos cuidados dessas crianças<sup>51</sup>.

Dentre as medidas para mitigar essa problemática, as teleconsultas médicas e de enfermagem foram a estratégia plausível para o período<sup>52</sup>. A partir delas, era possível realizar atendimento e orientações minimizando a exposição e o risco de contaminação pelo vírus da COVID-19, além de reduzir a sobrecarga do serviço de saúde. Entretanto essa alternativa é limitada, visto que em 2021 não eram todos os estados brasileiros que contavam com serviço de telessaúde<sup>53</sup>.

Dada a escassez de literatura sobre a associação de TMC com rotina de cuidados prejudicada, este estudo se torna particularmente relevante para a discussão. Em 2014, foi desenvolvido um estudo de coorte transversal que trouxe que mulheres com TMC podem ser preditivos para atrasos no desenvolvimento infantil e, devido a isso, mostra-se a necessidade da APS exercer um trabalho de cuidado do binômio durante toda a infância dessa criança<sup>54</sup>.

A puericultura é dedicada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, com o objetivo de manter a criança saudável e assegurar um desenvolvimento pleno, reduzindo o risco de problemas futuros que possam se estender até a vida adulta e aumentando a qualidade de vida dessas crianças. Associação Médica Brasileira (AMB) recomenda sete consultas no primeiro ano de vida (na 1ª semana, e nos 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses), além de duas consultas no segundo ano (aos 15 e 24 meses), e consultas anuais a partir do segundo ano, próximas ao mês de aniversário<sup>55</sup>.

Essas idades são estratégicas para a oferta de imunizações e orientações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. Entretanto, o número de consultas deve ser individualizado, ou seja, para crianças que necessitam de cuidados adicionais, é recomendado um acompanhamento mais frequente. Durante as consultas, o enfermeiro ou médico deve avaliar o crescimento e desenvolvimento, além de aspectos nutricionais, emocionais, socioeconômicos, ambientais e imunológicos da criança, orientando sobre prevenção de acidentes e uso de telas<sup>56</sup>.

Os primeiros dois anos de vida constituem uma fase crucial para intervenções preventivas e curativas. Quando esse acompanhamento não é realizado de forma adequada – como demonstram os resultados deste estudo – a criança fica à deriva de uma fiscalização

necessária de seu crescimento e desenvolvimento. Alterações nesses aspectos tornam-se mais difíceis de identificar e, assim, de tratar em tempo hábil, o que pode levar a consequências a longo prazo, como déficits no desenvolvimento neurocognitivo, dificuldades de aprendizado, problemas de comportamento e até comprometimentos na saúde física e emocional.

Como limitações da pesquisa, evidencia-se que esse estudo não contou com a amostra prevista, devido a questões inerentes ao alcance dos pesquisadores, apesar das estratégias realizadas visando alcançar essa amostra. Ainda sobre as limitações, por se tratar de uma pesquisa com coleta de dados retrospectiva, deve-se considerar o risco de informações imprecisas devido ao viés de memória. Outro aspecto relaciona-se a coleta de dados em fontes secundárias (registros de prontuários), que pela fragilidade dessas informações podem não revelar a realidade da população estudada.

## 6. CONCLUSÃO

Esses resultados sugerem que a pandemia de COVID-19 exacerbou os desafios já enfrentados no âmbito da saúde materno-infantil, no que se refere à saúde mental materna e as repercussões nos cuidados com as crianças.

A pesquisa permitiu caracterizar as mulheres que gestaram e tiveram bebês no período pandêmico e estudar a associação entre sintomas de TMC no período gravídico-puerperal e os cuidados com as crianças durante a pandemia de COVID-19. Dessa forma, foi identificado que os filhos das mulheres com TMC tem maior risco de terem uma rotina de cuidados prejudicada no período que abrange a primeiríssima infância.

Entre as variáveis que apresentaram maior significância para esse estudo, estão a idade materna menor de 19 anos e a ausência de parceria fixa por serem potencializadoras do TMC nas mulheres durante o período gravídico puerperal. Outra variável pertinente é o uso de telas antes dos dois anos de idade que apesar de não estar diretamente associada com TMC, trata-se de uma realidade cada vez mais prevalente.

É fundamental que novas investigações abordem os impactos do uso de telas e da rotina prejudicada desses "bebês da pandemia" – que agora estão entrando na fase escolar –, a fim de compreender melhor como esses fatores podem influenciar seu desenvolvimento e formação como futuros cidadãos.

Por fim, é imprescindível a realização de novas pesquisas que abordem repercussões da saúde mental materna sobre o desenvolvimento infantil. Além disso, faz-se necessário ações de saúde pública voltadas à essas crianças, em uma tentativa de regularizar os prejuízos enfrentados devido o distanciamento com os serviços de saúde durante a pandemia.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de Covid-19 [Internet]. Washington: OPAS; 2020 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
2. Arrais AR, Amorim B, Rocha L, Haidar AC. Impacto psicológico da pandemia em gestantes e puérperas brasileiras. *Diaphora*. 2021;10(1):24-30.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia [Internet]. Washington: OPAS; 2020 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Como se proteger? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de Covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude-brasil-2020-2021\\_situacao-de-saude-diante-da-covid-19](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude-brasil-2020-2021_situacao-de-saude-diante-da-covid-19)
6. Silva ALM, Oliveira AS, Ruas BJS, Barbosa LPLP, Landim MEPA, Bruno RR, et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de Covid-19: uma revisão narrativa. *REAC*. 2021;34:1-7.
7. Abelha L. Depressão, uma questão de saúde pública. *Cad Saude Colet*. 2014;22(3):223.
8. Silva GFP, Santos SV, Nascimento JWA, Santana FS, Medeiros JS, Jesus SB. Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing*. 2020;23(271):4961-70.

9. Yan H, Ding Y, Guo W. Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2020;11:617001.
10. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cienc Saude Colet.* 2014;19(1):215-26.
11. Shahhosseini Z, Pourasghar M, Khalilian A, Salehi F. A review of the effects of anxiety during pregnancy on children's health. *Mater Sociomed.* 2015;27(3):200-2.
12. Pantano M. Primeiros 1000 dias de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2018;72(3):490-94.
13. Kurki T, Hiilesmaa V, Raistasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000;95(4):487-90.
14. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol.* 2000;19(6):535-43.
15. Najman JM, Andersen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression - myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(1):19-27.
16. Horrigan TJ, Schroeder AV, Schaffer RM. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2000;18(1):55-8.
17. Shiavo RA, Rodrigues OMPR, Perosa GB. Variables associated with gestational anxiety in primigravidas and multigravidas. *Trends Psychol.* 2018;26(4):2105-18.
18. Cunha AJLA, Leite AJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand day of the child: the pursuit of health nutrition and development. *J Pediatr.* 2015;91 Suppl 1:S44-51.

19. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Caderno de atenção da saúde da criança no primeiro ano de vida [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [citado 20 Maio 2023]. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf4.pdf)
20. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Covid-19 e saúde da criança e do adolescente [Internet]. Rio de Janeiro: IFF; 2020 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: [http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19\\_saude\\_crianca\\_adolescente.pdf](http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1 de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc>
23. Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Botucatu, São Paulo, Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
25. Prefeitura de Botucatu. Secretarias e departamentos [Internet]. Botucatu: Prefeitura de Botucatu; 2023 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/secretarias/12/secretaria-de-saude> Link corrompido. Verificar.

26. Khoury JE, Atkinson L, Bennett T, Jack SM, Gonzalez A. COVID-19 and mental health during pregnancy: the importance of cognitive appraisal and social support. *J Affect Disord.* 2021;282:1161-9.
27. Prefeitura de Botucatu. Clínica do Bebê comemora 10 anos [Internet]. Botucatu: Prefeitura de Botucatu; 2022 [citado 19 Maio 2023]. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/23832/clinica-do-bebe-botucatu-comemora-10-anos/>
28. Smith KF, Huber LRB, Issel LM, Warren-Findlow J. The association between maternal depression during pregnancy and adverse birth outcomes: a retrospective cohort study of PRAMS participants. *J Community Health.* 2015;40(5):984-92.
29. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(4):e2020427.
30. Primeiros 1000 Dias. TVs, celulares e tablets: os malefícios das telas no desenvolvimento da visão da criança [Internet]. São Paulo: Primeiros 1000 Dias; 2022 [citado 5 Abr 2022]. Disponível em: <https://www.primeiros1000dias.com.br/artigos/details/tvs,-celulares-e-tablets-os-maleficios-das-telas-no-desenvolvimento-da-visao-da-crianca>
31. Meneses CRAM. Fatores associados a transtornos mentais comuns e desejo de engravidar em gestantes adolescentes [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
32. Alves A, Albino AT, Zampieri MFM. Um olhar das adolescentes sobre as mudanças na gravidez: promovendo à saúde mental na atenção básica. *REME* [Internet]. 2011 [citado 9 Out 2024];15(4):545-55. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remo/article/view/50358>

33. Marin AH, Donelli TMS, Lopes RCS, Piccinini CA. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. Aletheia [Internet]. 2024 [citado Out 2024];(29):57-72. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942009000100006](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000100006)
34. Parke RD. Fatherhood: myths and realities. Cambridge: Harvard University Press; 1996. Fathers' involvement: infancy and beyond.
35. G1. Brasil tem mais de 11 milhões de mães que criam os filhos sozinhas [Internet]. Jacarepaguá: G1; 2023 [citado 11 Out 2024]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2023/05/12/brasil-tem-mais-de-11-milhoes-de-maes-que-criam-os-filhos-sozinhas.ghtml>
36. Gomes BKG, Martins BRA, Santana AA, Oliveira PSD, Freitas RF, Ramos RSF, et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and associated factors. Res Soc Dev [Internet]. 2023 [citado 11 Out 2024];12(1):e0812139183. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39183>
37. Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais públicos e privados da cidade de São Paulo. Estud Psicol. 2015;20(1):40-9.
38. Leal MC, Gama SGN. [Nascer no Brasil](#). Cad Saude Publica. 2014;30 Supl 1:S5-7.
39. Fore H. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Mesmo com a variante Ômicron se espalhando, o fechamento de escolas deve ser último recurso [Internet]. Brasília: UNICEF; 2021 [citado 11 Out 2024]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mesmo-com-variante-omicron-se-espalhando-o-fechamento-de-escolas-deve-ser-ultimo-recurso>

40. Pedrotti BG, Mallmann MY, Almeida CRS, Marques FM, Vescovi G, Riter H, et al. Infants' and toddlers' digital media use and mothers' mental health: a comparative study before and during the COVID-19 pandemic. *Infant Mental Health J.* 2022;43(1):24-35.
41. McDaniel BT, Radesky JS. Technoference: longitudinal associations between parent technology use, parenting stress, and child behavior problems. *Pediatr Res.* 2018;84:210-8.
42. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Primeiríssima infância - interações: comportamento de pais e cuidadores de crianças de 0 a 3 anos [Internet]. São Paulo: FMCSV; 2020 [citado 11 Out 2024]. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/primeirissima-infancia-interacoes-comportamentos-pais-cuidadores-criancas-0-3-anos>
43. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: WHO; 2019.
44. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(12):1105-11.
45. Ruangdaraganon N, Chuthapisith J, Mo-suwan L, Kriweradechachai S, Udomsubpayakul U, Choprapawon C. Television viewing in Thai infants and toddlers: impacts to language development and parental perceptions. *BMC Pediatr.* 2009;9:34.
46. Liu J, Li B, Sun Y, Chen Q, Dang J. Adolescent vision health during the outbreak of COVID-19: association between digital screen use and myopia progression. *Front Pediatr.* 2021;9:662984.
47. Choi KY, Chun RKM, Tang WC, To CH, Lam CS, Chan, HH. Evaluation of an optical defocus treatment for myopia progression among schoolchildren during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open.* 2022;5(1):e2143781.

48. Alghadir AH, Iqbal ZA, Gabr AS. The relationships of watching television, computer use, physical activity, and food preferences to body mass index: gender and nativity differences among adolescents in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Pub Health*. 2021;18(18):9915.
49. Surekha BC, Karanati K, Venkatesan K, Sreelekha BC, Kumar VD. E-learning during COVID-19 pandemic: a surge in childhood obesity. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;74 Suppl 2:3058-64.
50. Hadianfard AM, Mozaffari-Khosravi H, Karandish M, Azhdari M. Physical activity and sedentary behaviors (screen time and homework) among overweight or obese adolescents: a cross-sectional observational study in Yazd, Iran. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):421.
51. Leitão TS, Martins PM, Amaral JV, Monteiro AKC, Araujo Filho ACA, Rocha SS. Fragilidades no cuidado à criança na atenção primária em tempos de COVID-19. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2022;22:eSOBEP2022010.
52. Toso BRGO, Vieira CS, Furtado MCC, Bonati PCR. Ações de enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2020;20(Spec No):6-15.
53. Mélo CB, Farias GD, Ramalho HVB, Santos JMG, Rocha TT, Gonçalves EJJ, et al. Teleconsultation at SUS during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Res Soc Dev*. 2021 [citado 14 Out 2024];10(8):e54010817675. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17675>.
54. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014 [citado 14 Out 2024];19(1):215-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9XbwqtWyMMcKTrQvfCg8k7H/>

55. Associação Médica Brasileira. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos [Internet]. São Paulo: AMB; 2014 [citado 23 Out 2024]. Disponível em: <https://www.cbo.net.br/novo/CBHPM/CBHPM.pdf>

56. Border L. A importância da puericultura nos primeiros 2 anos de vida. In: Pires AM, Fernandes TF. O dia a dia do pediatra. São Paulo: Atheneu; 2021. p. 15-21

## APÊNDICE I

### QUESTIONÁRIO

#### SAÚDE MENTAL MATERNA E CUIDADOS COM O BEBÊ

“Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida: o impacto da pandemia Covid-19”

#### FONTE DOS DADOS: ENTREVISTA TELEFÔNICA

Nome do responsável pela entrevista: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° Formulário \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento da mãe: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade da mãe no dia da coleta: \_\_\_\_\_ anos

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Sexo da criança: [1] Masculino [2] Feminino

Data de nascimento da criança: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade da criança no dia da coleta (calculada pelo responsável pela coleta): \_\_\_\_\_ dias  
(somar 270 + o número de dias desde o nascimento)

Endereço: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde de referência: \_\_\_\_\_

#### 1. SAÚDE MENTAL MATERNA – COMPOSIÇÃO FAMILIAR

1.1 A senhora é a principal cuidadora do seu (sua) filho (a) \_\_\_\_\_?

[1] Sim [2] Não. Se não, quem é o (a) principal cuidador (a)? \_\_\_\_\_

1.2. A senhora tem mais filhos? [1] Sim [2] Não. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

1.3. Com quem a criança reside? **Pode assinalar mais de uma opção**

[1] Mãe [2] Pai [3] Avô/Avó [4] Outro: \_\_\_\_\_

1.4. Quantas pessoas [adultos e crianças] moram com a criança? \_\_\_\_\_ Quem são?

1.4.1. Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.4.2. Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.4.3. Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.4.4. Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.4.5. Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1.5. Qual foi a renda total da família no mês anterior? R\$ \_\_\_\_\_

1.6. Quantas pessoas vivem dessa renda? \_\_\_\_\_

1.7. Recebe auxílio do Auxílio Brasil? [1] Sim [2] Não

1.8. Recebeu auxílio emergencial durante a pandemia? [1] Sim [2] Não

1.9. A senhora vive com parceria fixa? [1] Sim [2] Não

1.10. A senhora exerce trabalho remunerado? [1] Sim [2] Não

1.11. Sobre sua cor de pele, a senhora se identifica como: [1] Branca [2] Preta [3] Parda [4] Amarela [5] Indígena

1.12. Escolaridade materna: \_\_\_\_\_ anos

1.13. Estado conjugal da mãe: [1] Casada [2] Solteira [3] União estável [4] Divorciada [5] Viúva

1.14. A senhora exerce trabalho materno remunerado: [1] Sim [2] Não

## **2. SAÚDE MENTAL MATERNA – PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**

2.1. A senhora realizou pré-natal exclusivamente pelo SUS? [1] Sim [2] Não

2.1.1 Quantas consultas de pré-natal foram realizadas: [1] < 6 [2] >= 6

2.1.2 Tipo de parto: [1] Vaginal [2] Cesárea

2.2. Em algum momento, durante sua última gestação ou puerpério, algum médico, enfermeiro ou outro profissional da saúde lhe disse que você teve depressão ou ansiedade?

[1] Sim [2] Não – **SE NÃO, PULAR PARA 2.4**

1. Se sim, ocorreu na gestação ou puerpério ou ambos? [1] Gestação [2] Puerpério  
[3] Ambos

2. Se sim, a fala do profissional foi relacionada à depressão ou ansiedade ou ambos?  
[1] Depressão [2] Ansiedade [3] Ambos

**Caso a entrevistada tenha respondido SIM para uma das questões acima, pular para pergunta 2.6**

2.4. Apresentou sintomas, durante a gestação, de ansiedade? [1] Sim [2] Não

2.4.1 Se sim, quais sintomas? \_\_\_\_\_

2.5. Apresentou sintomas, durante a gestação, de depressão? [1] Sim [2] Não

2.5.1 Se sim, quais sintomas? \_\_\_\_\_

2.6. Durante o puerpério a senhora foi diagnosticada com depressão? [1] Sim [2] Não

**Caso a entrevistada tenha respondido SIM para a questão acima, pular para pergunta 2.8**

2.7. Apresentou sintomas, durante o puerpério, de depressão? [1] Sim [2] Não

2.7.1 Se sim, quais sintomas? \_\_\_\_\_

2.8. Durante a gestação a senhora fez uso de cigarro? [1] Sim [2] Não

2.9. Durante a gestação a senhora fez uso de álcool? [1] Sim [2] Não

2.10. Durante a gestação a senhora fez uso de outras drogas? [1] Sim [2] Não Se sim, qual?  
\_\_\_\_\_

2.11. No puerpério a senhora fez uso de cigarro? [1] Sim [2] Não

2.12. No puerpério a senhora fez uso de álcool? [1] Sim [2] Não

2.13. No puerpério a senhora fez uso de outras drogas? [1] Sim [2] Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

2.14. No período da pandemia, com que frequência a senhora se sentiu triste, cabisbaixa ou deprimida? [1] Nunca [2] Poucas vezes [3] Muitas vezes [4] Sempre

2.15. No período da pandemia, com que frequência a senhora se sentiu preocupada, ansiosa ou nervosa? [1] Nunca [2] Poucas vezes [3] Muitas vezes [4] Sempre

### 3. SAÚDE MENTAL MATERNA – CUIDADOS COM O BEBÊ

3.1 . Idade gestacional ao nascer: \_\_\_\_\_ semanas

3.2. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gramas

3.3. Houve contato pele a pele logo que o bebê nasceu? [1] Sim [2] Não

3.3.1. Se não, qual o motivo? \_\_\_\_\_

3.4. O bebê mamou na primeira hora de vida? [1] Sim [2] Não

3.4.1. Se não, qual o motivo? \_\_\_\_\_

3.5. Você recebeu apoio para cuidar do bebê no puerpério? [1] Sim [2] Não

3.5.1. Se sim, quem era sua rede de apoio? **Pode assinalar mais de uma alternativa**

[1] parceria [2] mãe [3] irmã [4] amigos [5] outros: \_\_\_\_\_

3.6. O bebê foi amamentado exclusivamente no peito até o sexto mês de vida, ou seja, não foi ofertado água, chá, suco ou qualquer alimento até o sexto mês? [1] Sim [2] Não

3.7. O bebê recebeu leite materno complementar até 2 anos de idade? [1] Sim [2] Não

3.8. Antes de completar 2 anos, o bebê assistia vídeos no celular, tablete ou televisão?

[1] Sim [2] Não

**Caso a entrevistada tenha respondido NÃO para a questão acima, pular para pergunta 3.7**

3.8.1. Se sim, o bebê ficava quanto tempo assistindo vídeos no período da manhã?

[1] menos de quinze minutos [2] mais de quinze minutos

3.8.2. Se sim, o bebê ficava quanto tempo assistindo vídeos no período da tarde?

[1] menos de quinze minutos [2] mais de quinze minutos

3.8.3. Se sim, o bebê ficava quanto tempo assistindo vídeos no período da noite?

[1] menos de quinze minutos [2] mais de quinze minutos

3.9. O acompanhamento de rotina do bebê é feito exclusivamente pelo SUS? [1] Sim [2]  
Não

## APÊNDICE II

### QUESTIONÁRIO

#### SAUDE MENTAL MATERNA E ROTINA DE ATENDIMENTOS DO BEBÊ

“Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 1000 dias de vida: o impacto da pandemia Covid-19”

#### FONTE DOS DADOS: PRONTUÁRIOS

Nome do responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº Formulário

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde de referência: \_\_\_\_\_

#### 1. ROTINA DE ATENDIMENTO AO BEBÊ

1.1. Nos primeiros 6 meses do bebê, há registro de pelo menos 5 consultas agendadas?

[1] Sim [2] Não

1.2. Entre o sexto e 12º. mês de vida há registro de pelo menos 2 consultas agendadas?

[1] Sim [2] Não

1.3. Entre o 12º. e 24º. mês de vida há registros de pelo menos 2 consultas agendadas?

[1] Sim [2] Não

## ANEXO I

### TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### RESOLUÇÃO 466/2012

Meu nome é Larissa Yasmin da Silva Marques e te convido a participar da pesquisa “Saúde mental materna e saúde da criança nos primeiros 2 anos de vida: o impacto da pandemia Covid-19” que tem como objetivo verificar o impacto da pandemia causada pelo Covid-19 sobre a saúde mental materna e saúde da criança.

Realizarei uma entrevista de mais ou menos 5 minutos e você pode ficar a vontade para responder ou não qualquer questionamento.

Como benefício, você estará colaborando para que melhorias na assistência à saúde das mães e crianças aconteçam em Botucatu. Sua participação é voluntária e poderá desistir de participar a qualquer momento. Em nenhum momento seu nome será citado e suas informações são confidenciais.

Se após a entrevista você ficar com alguma dúvida ou tiver algo a dizer você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP para orientações pelo telefone (14) 3880-1608 ou com a docente responsável pelo estudo pelo telefone 38801299. Você tem o direito de ter suas dúvidas e inquietações sanadas.

Falar o nome completo da mãe e perguntar: Você aceita participar?

\*As gravações deverão ficar salvas no computador, na pasta da pesquisa, sendo os arquivos identificados com o número do questionário correspondente e primeiro nome da mãe.