



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

Natália Vanzo Garcia

**Sintomas depressivos na gestação e no pós-  
parto e sua associação com o temperamento de  
crianças durante o primeiro ano de vida**

Dissertação apresentada à  
Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio  
de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Mestra em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Gimol Benzaquen Perosa

**Botucatu  
2021**

Natália Vanzo Garcia

Sintomas depressivos na gestação e no pós-parto e sua associação com o temperamento de crianças durante o primeiro ano de vida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu  
2021

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

Garcia, Natália Vanzo.

Sintomas depressivos na gestação e no pós-parto e sua associação com o temperamento de crianças durante o primeiro ano de vida / Natália Vanzo Garcia. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa  
Capes: 40103005

1. Gravidez. 2. Depressão pós-parto. 3. Lactente - Temperamento. 4. Relações mãe-filho.

Palavras-chave: Depressão gestacional; Depressão materna; Depressão pós-parto; Temperamento infantil.

**Natália Vanzo Garcia**

**Sintomas depressivos na gestação e no pós-parto e sua associação com o temperamento de crianças durante o primeiro ano de vida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

---

Orientadora: Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

**Comissão examinadora**

---

Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes  
Universidade Estadual Paulista - UNESP

---

Profa. Dra. Cláudia Maria Gaspardo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Botucatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha mãe, ao meu pai e ao meu marido, que sempre acreditaram em meu potencial, mesmo quando eu estava lançada em um mar de dúvidas e inseguranças.

## **Agradecimentos**

Reconheço e agradeço imensamente a Deus por estar comigo em todas as situações, por me sustentar nas minhas inseguranças e, finalmente, por ter ofertado as possibilidades para a escrita de uma dissertação de mestrado. Obrigada por me mostrar o caminho quando eu desacreditava e me fazer enxergar potencialidades quando só conseguia focar nas limitações.

Agradeço minha orientadora, Gimol, por ler e reler inúmeras vezes o trabalho, por me orientar e me incentivar, por me “puxar a orelha” quando estava ansiosa e me fazer caminhar quando estava paralisada. Obrigada por ter aceitado ser minha orientadora, pelos ensinamentos e por não ter me deixado desistir quando a coleta não saía conforme esperávamos. Você foi essencial para que esse trabalho surgisse, se desenvolvesse e se concluísse.

Agradeço aos meus pais por estarem presentes em minha vida, me incentivando e me confortando, especialmente nesses dois anos de muito estudo e trabalho. Obrigada por acreditarem em mim.

Agradeço ao meu marido, por ser meu apoio, meu suporte e meu porto. Obrigada por me acalmar quando estava ansiosa, por me acolher quando estava deprimida e por me incentivar quando estava desejando desistir, especialmente na coleta, ao encontrar as dificuldades de localização das mães. Obrigada.

Agradeço a profa. Dra. Maria Antonieta – Neneca, por ter nos cedido o banco de dados e por ter aceitado ser parte da nossa banca, com maravilhosas considerações.

Agradeço a profa. Dra. Cláudia Gaspardo que aceitou ser membro da nossa banca e contribuiu de forma única para o nosso trabalho.

Agradeço a profa. Luciana Cosentino-Rocha, por ter lido e feito indicações de leituras, considerações e contribuições. Muito obrigada.

Agradeço a todos os colegas da turma, especialmente a minhas amigas queridas, Ízis, Isabel e Bia. Obrigada por me acolherem em momentos de angústia e medo.

Agradeço aos queridos professores da pós-graduação que muito

contribuíram para a formação em saúde coletiva.

Agradeço ao pessoal da biblioteca por contribuir nas referências, a querida Luciene, por estar sempre disposta a responder nossas dúvidas e nos auxiliar, e ao querido Hélio que nos auxiliou com toda a parte estatística do trabalho, explicando e ensinando.

Embora as palavras não contemplem o sentimento de gratidão que tenho por cada um de vocês, ousou dizer mais uma vez: **MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

GARCIA, N. V. **Sintomas depressivos na gestação e no pós-parto e sua associação com o temperamento de crianças durante o primeiro ano de vida.** 2021. 64f. Dissertação (Mestrado) em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

No contexto da maternidade, há pesquisas que comprovam que a depressão materna ocasiona diversos prejuízos para a relação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil. No entanto, poucos estudos avaliaram os efeitos da depressão materna no comportamento emocional e no temperamento infantil. Entende-se por temperamento o conjunto de diferenças individuais de base constitucional, influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e pela experiência, percebidas através da reatividade e da autorregulação, que formam a base para a futura personalidade. Ele é composto por três fatores: afeto negativo, extroversão e controle com esforço, que são subdivididos em várias dimensões. Este estudo teve como objetivo comparar os fatores e dimensões do temperamento de bebês que tinham entre 7 e 12 meses, filhos de mães com sintomas depressivos na gestação e/ou pós-parto, com o temperamento de filhos de mães sem sintomas depressivos. Pretendeu-se, também, identificar os fatores de risco e de proteção para os três fatores do temperamento. A amostra foi composta por 54 díades de mães/bebês, selecionadas de um estudo de coorte anterior em que as gestantes foram avaliadas pela escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo para presença de sintomas depressivos. Quando o bebê tinha entre sete e 12 meses, as mães que aceitaram participar, foram re-avaliadas com a mesma escala e o temperamento infantil foi avaliado a partir do Infant Behavior Questionnaire (IBQ). A amostra final foi composta por 7 mães que apresentaram sintomas depressivos na gestação, 8 com sintomas depressivos no pós parto, 12 com sintomas depressivos nos dois momentos e 27 mães sem sintomas depressivos. Os quatro grupos foram comparados, estatisticamente, quanto a fatores sociodemográficos, clínicos e temperamento infantil. Verificou-se que mães com sintomas depressivos nos dois momentos foram as que menos desejaram a gravidez e contaram com menor apoio social na gestação. Filhos de mães com sintomas depressivos no pós-parto tiveram maior escore de afeto negativo e, filhos de mães com sintomas depressivos nos dois momentos tiveram maior nível de atividade e menor controle com esforço, quando comparados aos filhos de mães sem sintomas. Como se previa, quadros recorrentes, que se iniciaram na gestação e se mantiveram no puerpério, se associaram com maiores prejuízos no temperamento infantil. Na regressão múltipla, sintomas depressivos no pós-parto se mostraram como fatores de risco para altos índices de afeto negativo e baixos

índices de controle com esforço. O gênero masculino foi fator de proteção para extroversão. Confirmando a hipótese inicial, sintomas depressivos maternos, em especial no pós-parto e nos dois momentos, se associaram com fatores do temperamento infantil no primeiro ano de vida, mostrando que o temperamento, embora tendo uma constituição biológica, sofre a influência das interações mãe/filho, após o nascimento.

**Palavras-chave:** temperamento infantil, depressão materna, depressão pós-parto, depressão gestacional.

## **ABSTRACT**

**GARCIA, N. V. Depressive symptoms during pregnancy and postpartum and its association with the temperament of children during the first year of life.** 2021. 64f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

In the context of motherhood, research shows that maternal depression causes several losses for the mother-baby relationship and for child development. However, few studies have assessed the effects of maternal depression on children's emotional behavior and temperament. Temperament is defined as the set of individual differences with constitutional basis, influenced over time by heredity, maturation and experience, perceived through reactivity and self-regulation, which form the basis for the future personality. It consists of three factors: negative affectivity, surgency and effortful control, which are subdivided into several dimensions. The aim of this was to compare the factors and dimensions of the temperament of infants who were between 7 and 12 months old, children of mothers with depressive symptoms during pregnancy and / or postpartum, with the temperament of children of mothers without depressive symptoms. Moreover, it was intended to identify risk and protective factors for the three factors of temperament. The sample consisted of 54 dyads of mothers / babies, selected from a previous cohort study in which pregnant women were assessed using the Edinburgh Postpartum Depression scale for the presence of depressive symptoms. When the baby was between seven and 12 months old, the mothers who agreed to participate were re-evaluated using the same scale and the child's temperament was assessed using the Infant Behavior Questionnaire (IBQ). The final sample consisted of 7 mothers who had depressive symptoms during pregnancy, 8 with postpartum depressive symptoms, 12 with depressive symptoms at both times and 27 mothers without depressive symptoms. The four groups were compared, statistically, in relation to sociodemographic, clinical and child temperament factors. It was found that mothers with depressive symptoms at both times were those who least desired pregnancy and had less social support during pregnancy. Children of mothers with depressive symptoms in the postpartum period had a higher negative affect score and children of mothers with depressive symptoms at both times had a higher level of activity and less control with effort when compared to the children of mothers without symptoms. As expected, recurrent conditions, which began during pregnancy and remained in the puerperium, were associated with greater impairments in children's temperament. In multiple regression, postpartum depressive symptoms were shown to be risk factors for high rates of negative affect and low rates of control with effort. The male gender was a protective factor for extroversion. Confirming the initial hypothesis, maternal depressive symptoms, especially in

the postpartum period and in both moments, were associated with factors of infant temperament in the first year of life, showing that the temperament, although having a biological constitution, it is influenced by mother / child interactions after birth.

**Keywords:** infant temperament, maternal depression, prenatal depression, postpartum depression.

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1. Depressão materna .....	14
1.2. Depressão materna e desenvolvimento infantil .....	14
1.3. Temperamento infantil.....	16
1.4. Temperamento: variáveis constitutivas e ambientais .....	18
1.5. Os pais como correguladores .....	20
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>23</b>
Geral.....	23
Específicos .....	23
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>24</b>
Aspectos éticos .....	24
Participantes.....	24
Local do estudo .....	25
Instrumentos.....	26
Procedimentos.....	27
Análise de dados .....	28
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>29</b>
4.1 Características gerais da amostra .....	29
4.2 Comparação dos grupos.....	33
4.3 Fatores de risco e proteção para afeto negativo, extroversão e controle com esforço ...	36
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>61</b>



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, com prevalência maior em mulheres. Esse quadro afeta cerca de 10 a 15% de mulheres em vários países do mundo (LANES; KUK; TAMIM, 2011), mas, no Brasil, os índices de prevalência são bastante variáveis. Se em hospital público no município de São Paulo, Mattar *et al.* (2007) constataram que 18% das mulheres, apresentavam depressão pós-parto no segundo ou terceiro dia de puerpério e em município de Rio Grande/RS, no mesmo período, a prevalência foi de 14% (HARTMAN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), em outros estudos observaram-se taxas mais elevadas, beirando a marca de 30% (FONSECA; SILVA; OTTA, 2008; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011; SILVA *et al.*, 2012; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Em Botucatu, município em que se realizou a presente pesquisa, um estudo epidemiológico, transversal, realizado no ano de 2012, constatou que de 1099 mulheres entrevistadas após o nascimento do bebê, 74 (6,7%) apresentavam sintomas depressivos (POLES *et al.*, 2018). Em estudo longitudinal, que também entrevistou mulheres deste município, Schiavo e Perosa (2020), observaram que das 139 mulheres acompanhadas desde a fase gestacional, 17% apresentavam sintomas depressivos seis meses após o parto. Possivelmente, os diferentes resultados estão refletindo diferenças culturais e socioeconômicas das diferentes regiões e, metodológicas, relativas ao momento de avaliação, escala utilizada e ponto de corte adotado (HARTMANN *et al.*, 2017; POLES *et al.*, 2018; SCHIAVO; PEROSA, 2020).

Os sintomas dos quadros depressivos incluem intenso sofrimento e alterações de humor, que podem se tornar importante fator de risco para o suicídio, caso os portadores não recebam tratamento adequado (OPAS; OMS, 2018). Diante dos prejuízos que a depressão pode ocasionar, organizações como a OMS, tem traçado programas de assistência e tratamento aos portadores desse transtorno. No contexto brasileiro, órgãos públicos, como o Ministério da Saúde, consideram a depressão um problema de saúde pública, com políticas de saúde mental específicas voltadas para ela (MORAES *et al.*, 2006; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

O fato da depressão acometer principalmente mulheres em idade reprodutiva, com possíveis prejuízos para a relação mãe-bebê, favoreceu o crescimento do campo de pesquisas e de trabalhos preocupados em identificar as possíveis portadoras, o mais precocemente possível, para encaminhar para programas de intervenção. (FAISAL-CURY *et al.*, 2008).

### **1.1. Depressão materna**

Nos últimos anos pesquisadores vêm se debruçando sobre a temática da depressão no contexto da maternidade. De acordo com Piccinini *et al.* (2008), a maternidade é um período na vida da mulher demarcado por intensas mudanças, sejam físicas, psicológicas e socioeconômicas, suscitando uma reestruturação das relações que ela tem com o mundo e com ela mesma. É uma fase em que a mulher está bastante vulnerável com a expectativa do nascimento do bebê, a perda da identidade anterior, a necessidade de assumir novos papéis, além de todas as influências (biológicas, obstétricas, sociais e psicológicas) que acompanham a gravidez e a maternidade, fatores que podem propiciar o aparecimento da depressão (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Vários fatores de risco para depressão materna já foram identificados na literatura: pobreza, ausência de companheiro, migração, estresse extremo, ansiedade, exposição à violência (doméstica, sexual e/ou de gênero), gravidez indesejada, situações de emergência e conflito, desastres naturais e baixo apoio social e emocional (THIENGO *et al.*, 2012; WHO, 2017; GARFIELD *et al.*, 2015). Por outro lado, diversas pesquisas apontam para o apoio social como fator de proteção, visto que mulheres com uma rede mais consistente de apoio tendem a experimentar a maternidade de forma mais positiva, com repercussões para o desenvolvimento infantil (RAPPORT; PICCININI, 2006; CORRIGAN *et al.*, 2015; HARTMANN *et al.*, 2017).

### **1.2. Depressão materna e desenvolvimento infantil**

Nos dias de hoje são muitas as evidências que associam os sintomas de depressão vivenciados pela mulher no pós-parto com desfechos negativos no desenvolvimento da criança e no vínculo mãe/bebê (CAVALCANTE, *et al.*, 2017; TARABAN *et al.*, 2017; GERHARDT, 2017). Os sintomas depressivos maternos se associaram tanto com os prejuízos para o desenvolvimento inicial (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; SCHWENGBER, PICCININI, 2004; SCHMIDT, PICCOLOTO, MÜLLER, 2005; RAMOS; FURTADO, 2007; MOTTA *et al.*, 2017), como com atrasos nos primeiros meses de vida (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014; SCHIAVO; PEROSA, 2020). A depressão materna, também, se mostrou como fator de risco para atraso no desenvolvimento social e trauma de crianças mais velhas e, em jovens, associou-se com transtornos de humor (BARBOSA *et al.*, 2014; VILLASENÖR *et al.*, 2017). Em um estudo longitudinal, que acompanhou filhos de mães depressivas até os 16 anos, observou-se que no curso do desenvolvimento, esses sujeitos apresentavam apego inseguro, maior risco para depressão na infância e adolescência e os meninos tinham pior produção acadêmica que as crianças cujas mães não tinham sintomas de depressão (MURRAY *et al.*,

2010; MURRAY *et al.*, 2011).

Apesar de haver indicativos de que a depressão gestacional pode ser mais frequente e um fator de risco para a depressão pós-parto (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; ZACONETA *et al.*, 2013), poucas pesquisas investigaram as consequências da depressão no desenvolvimento da criança, quando ela se inicia no período gestacional (PEREIRA; LOVISI, 2007). Os estudos feitos até agora mostram que gestantes com depressão apresentam uma diminuição no autocuidado e no apetite, maior propensão a fumar ou usar álcool e de assumir comportamentos de risco (MARROUN, 2014). Quanto ao bebê, evidenciou-se que a depressão gestacional estava associada com prematuridade (THIENGO *et al.*, 2012) e com baixo peso ao nascer (ARAÚJO *et al.*, 2010). Especificamente com relação ao desenvolvimento, observou-se que mães com depressão gestacional tiveram filhos com atraso no desenvolvimento da linguagem, da cognição e do comportamento (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; DEAVE *et al.*, 2008; FIGUEIREDO *et al.*, 2010; FIELD, 2011; NASCIMENTO; COSTA, 2019). Para esses autores, o estado físico e emocional da gestante com depressão pode afetar o desenvolvimento fisiológico do feto e, indiretamente, trazer dificuldades futuras, especialmente para o desenvolvimento cognitivo da criança. Observou-se, também, que a depressão materna gestacional se associou com baixo nível de apego materno fetal (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

Apesar das pesquisas citadas acima associarem depressão materna a atrasos no desenvolvimento, estudos mais recentes têm mostrado que sintomas depressivos maternos, presentes na gestação ou no puerpério, nem sempre afetam o desenvolvimento global, podendo ter efeitos diferenciais, com prejuízos em algumas sub-áreas do desenvolvimento e não em outras (FRAGA *et al.*, 2008; KOUTRA *et al.*, 2012; MORAIS *et al.*, 2013; SCHIAVO; PEROSA, 2020). Morais *et al.* (2013), em estudo longitudinal, identificaram que filhos de mães com indicadores de depressão pós-parto apresentavam pior desempenho na interação aos quatro meses e na área motora aos oito e doze meses, mas melhor desempenho nas áreas de motricidade fina e linguagem aos doze meses de idade. Em outro estudo longitudinal, Schiavo e Perosa (2020), identificaram que os sintomas depressivos de mães, tanto na gestação como no puerpério, não se associaram com atraso no desenvolvimento global mas com risco para atraso na sub-área pessoal-social e motora- adaptativa aos seis meses, e pessoal/social e motora ampla aos quatorze meses de idade da criança.

Há dados na literatura que podem ajudar a compreender os diferentes efeitos dos sintomas depressivos maternos no desenvolvimento infantil, como, por exemplo, o impacto de fatores protetivos, seja da mãe, da criança ou do próprio ambiente, minimizando os efeitos

negativos dos sintomas depressivos. O fato da depressão ser vivenciada de forma singular e idiossincrática por cada mulher, dependendo de suas características individuais e de sua história pregressa, pode afetar de forma diversa sua interação com a criança, e, em consequência, o desenvolvimento infantil. (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Em estudos que avaliaram os estilos de interação de mães com sintomas depressivos, observou-se que, se algumas dessas mães tinham um estilo evitante e apático, outras eram intrusivas, com super-estimulação e havia, inclusive, mães que, apesar da depressão, conseguiam manter uma interação adequada com o filho. Os diferentes estilos resultaram em diferentes efeitos na interação e no desenvolvimento infantil (FIELD *et al.*, 2003; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; PICCININI *et al.* 2014; DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019).

Além disso, muitas pesquisas não consideraram o papel da criança em seu desenvolvimento. Há várias evidências mostrando que não são apenas as ações maternas que determinam o desenvolvimento, mas, que desde a mais tenra idade, a criança tem um papel ativo e próprio na interação e em suas aquisições (KLEIN; LINHARES, 2006; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019). Desde o nascimento, as crianças apresentam padrões individuais de comportamento e diferentes estilos de vinculação, especialmente com a mãe (BUSSAB, 2000), o que remete a um conceito visto hoje como fundamental no processo de desenvolvimento, que se entrelaça com ele, influenciando-o e sendo influenciado por ele: o temperamento infantil. Para Rothbart (2016), a criança apresenta, desde os primeiros dias de vida, variabilidade nas suas reações com o meio, como por exemplo, diferenças nos níveis de controle com esforço, um dos componentes do temperamento, que se associa ao desenvolvimento e a possíveis problemas de comportamento. A inclusão do temperamento nas análises pode ajudar a explicar como as variações individuais se associam ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança (ROTHBART, 2016), e porque algumas crianças, com mães com sintomas depressivos, têm maiores prejuízos no desenvolvimento, enquanto outras não.

### **1.3 Temperamento infantil**

Existem diferentes abordagens que versam sobre o constructo temperamento, dentre elas, um dos modelos mais utilizados em pesquisas é o de Mary Rothbart (KLEIN; LINHARES, 2010). Rothbart, inicialmente, concentrava seus estudos no campo da psicologia do desenvolvimento e, posteriormente, partindo das experiências iniciais com seus dois filhos, iniciou sua teorização sobre o temperamento. A partir daí, ampliou o conceito que já era desenvolvido por Thomas e Chess na década de 60 e, enfatizou a importância de considerá-lo

como algo dinâmico e em processo (ELSE-QUEST *et al.*, 2006; PUTNAM; STIFTER, 2008).

O temperamento possui três grandes fatores: afeto negativo, extroversão e controle com esforço, que se diferenciam quanto à reatividade e autorregulação das emoções básicas e moldam a atividade, o afeto e a atenção (LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013). Entende-se por reatividade o nível de responsividade individual aos estímulos externos e internos. Já a autorregulação é o processo pelo qual a reatividade é modulada, ou seja, é a função que a criança desempenha, desde muito pequena, de regular e modular sua reatividade emocional e comportamental, seja através de controle inibitório, controle de ativação e pela aproximação/retraimento (ROTHBART, 2004).

Em relação aos fatores, o afeto negativo é um dos primeiros aspectos do temperamento que surge no desenvolvimento do indivíduo. No início, ele se caracteriza por formas primitivas de irritação e angústia. Posteriormente, aparecem estados mais organizados relacionados com a frustração e medo. O segundo fator, a extroversão, inclui níveis de atividade e impulsividade, prazer de alta intensidade, sensibilidade perceptual, e reatividade. Quando há níveis altos de extroversão pode-se observar início rápido de resposta, alto nível de atividade e preferência por situações caracterizadas por estímulos de alta intensidade. O controle com esforço, por sua vez, refere-se à capacidade de focalizar a atenção, ter satisfação com atividades de baixa intensidade e exercer controle inibitório. Este fator está associado ao desenvolvimento do sistema de atenção executiva, que se inicia no final do primeiro ano de vida (LINHARES; MARTINS, 2015).

Dentre os três fatores do temperamento, o controle com esforço foi um marco nos estudos de Rothbart, sendo um componente dos processos regulatórios (ROTHBART, 2016; FELDMAN, 2009). A capacidade de inibir estímulos dominantes, em detrimento dos não dominantes, está associado a uma melhor regulação da afetividade negativa, assim como dos processos atencionais, estando associado ao não aparecimento de problemas comportamentais, especialmente do tipo externalizante (ROTHBART, 2016). Portanto, do desenvolvimento desse fator depende como a criança lida com os estímulos internos e externos, incluindo a reatividade. O controle com esforço atua, também, como moderador para a afetividade negativa, como choro, estresse, raiva entre outras manifestações (ROTHBART, 2016). No estudo de Calkins (2009), o déficit na regulação do afeto negativo mostrou associação com problemas de comportamento futuro e de adaptação da criança.

O controle inibitório, componente do controle com esforço, foi associado a funções executivas, especialmente, com o funcionamento atencional (ROTHBART, 2016). Auerbach *et al.* (2008), identificaram que meninos com risco familiar para desenvolver transtorno de

déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) apresentaram níveis mais baixos de controle com esforço, maior nível de atividade e mais dificuldades atencionais.

Os processos regulatórios se desenvolvem de uma forma hierarquizada: se iniciam na fase neonatal com a regulação fisiológica, como ciclo sono-vigília e temperatura, permeiam o desenvolvimento inicial da criança com a regulação emocional, cognitiva e comportamental e chegam a uma mudança qualitativa, com a sedimentação da autorregulação (FELDMAN, 2009). Em um estudo com crianças de 4 a 6 anos, identificou-se que o escore de controle com esforço aumentava gradativamente com a idade, com médias maiores em crianças mais velhas (SCHIMIDT *et al.*, 2018).

Nas pesquisas já se observou que índices mais altos de afeto negativo e extroversão se associam com prejuízos para o desenvolvimento afetivo e cognitivo. Em contrapartida, níveis mais altos de controle com esforço se mostraram como fator de proteção para problemas de comportamento (KLEIN; LINHARES, 2010; LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013). No entanto, os três fatores são interligados, devendo ser avaliados simultaneamente para poder determinar que características do temperamento podem ser fatores de proteção ou de risco para o funcionamento afetivo, cognitivo e comportamental (ROTHBART; POSNER; HERSHEY, 1995).

Pelo modelo psicobiológico de Rothbart, o temperamento trata das diferenças individuais de base constitucional, percebidas através da reatividade e da autorregulação, que formam a base da futura personalidade (ROTHBART, 2016; COSENTINO-ROCHA; LINHARES, 2013; LINHARES; MARTINS, 2015). Ele ampliou a conceituação que permeava o temperamento até então, permitindo a integração de esferas maturacionais, biológicas e interacionais. Segundo essa teoria, o temperamento sofre a influência da hereditariedade, maturação, mas, também, da experiência (KLEIN; GASPARD; LINHARES, 2011; LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013). Nesse sentido, o temperamento é visto como um sistema aberto que influencia, e é influenciado, por interações com o meio, o que reforça a importância dos cuidadores (PUTNAM; STIFTER, 2008). Estudos vem mostrando que as práticas educativas parentais são efetivas para a regulação emocional e comportamental, isto é, a reatividade da criança estaria associada ao tipo de prática educativa adotada pelos pais – facilitadoras ou não (LINHARES; MARTINS, 2015; MALHADO; ALVARENGA, 2012).

#### **1.4. Temperamento: variáveis constitutivas e ambientais**

Rothbart publicou seu primeiro artigo em 1981 (PUTNAM; STIFTER, 2008) consolidando os fatores e dimensões do temperamento e elaborando, a partir de instrumentos

anteriores de Thomas e Chess, um novo instrumento de avaliação, o Infant Behaviour Questionnaire (IBQ) que, através do discurso dos pais, tem por objetivo estabelecer relações entre temperamento e o desenvolvimento social, emocional e cognitivo das crianças. Segundo Klein e Linhares (2010) e, mais recentemente, Martins e Linhares (2015), vários estudos associaram aspectos do temperamento com prejuízos no desenvolvimento da cognição, problemas afetivos, comportamentos desajustados e psicopatologias.

A maioria dos estudos acerca do temperamento focalizou os quatro primeiros anos de vida da criança (KLEIN; LINHARES, 2010; LINHARES *et al.*, 2013; COSENTINO-ROCHA; KLEIN; LINHARES, 2014). No entanto, Rothbart (2016) enfatiza a possibilidade da medição do temperamento, especialmente da reatividade, desde tenra idade. Nesse sentido, uma pesquisa avaliou o temperamento de bebês na oitava semana de vida, em que se observou associação entre os altos níveis de cortisol materno no terceiro trimestre gestacional com comportamentos de inibição e medo da criança no segundo mês de vida (DAVIS *et al.*, 2007).

Os estudos procuraram associar o temperamento tanto com variáveis orgânicas, constitutivas, quanto ambientais. Com relação a variáveis constitutivas, em uma revisão da literatura, Rocha e Linhares (2013) apontaram que em vários estudos as meninas apresentavam escores maiores no fator controle com esforço, enquanto que os meninos apresentavam maiores escores de nível de atividade motora.

Quanto a variáveis associadas ao nascimento, em um estudo de meta-análise, encontraram-se diferenças entre temperamento de crianças nascidas a termo e pré-termo, sendo que crianças prematuras apresentavam escores maiores em nível de atividade do que crianças nascidas a termo e menor escore em atenção (CASSIANO *et al.*, 2020). Em estudo longitudinal, em que se avaliou crianças prematuras de alto e baixo risco por cinco anos, no primeiro ano de vida as crianças de alto risco apresentaram capacidades regulatórias mais baixas que as crianças de baixo risco. No segundo ano, elas apresentaram índice maior em emocionalidade negativa e menor escore de foco atencional, e, finalmente no quinto ano de vida, apresentaram diferenças na função executivas, com menor inibição, planejamento e coordenação, comparadas as crianças de baixo risco. Entretanto, as diferenças na regulação iam desaparecendo no decorrer do tempo, lançando as hipóteses que a atuação dos pais poderia minimizar os prejuízos nesse processo ou a própria maturação da criança poderia estar interferindo (FELDMAN, 2009).

Outros estudos também deram atenção às variáveis ambientais, psicossociais e ao papel dos cuidadores na constituição do temperamento. Em um estudo que avaliou a relação entre nível socioeconômico familiar e temperamento, observou-se que menor escolaridade dos pais, menor renda e ter mais de um filho se associou com maiores escores de afeto negativo, incluindo

mais reações de raiva, medo, desconforto, tristeza e dificuldade em se acalmar (SCHMIDT *et al.*, 2018). Em estudo de revisão sistemática, Linhares, Dualibe e Cassiano (2013), encontraram que os pais podiam ser, inclusive, fator de proteção para respostas biológicas do organismo, favorecendo a regulação interna da criança. Mas, possivelmente, se trata de um movimento de influências mútuas, bi-direcional, visto que no estudo de Malhado e Alvarenga (2012) as práticas educativas maternas se correlacionaram com o temperamento infantil aos 18 meses, isto é, quanto mais fácil era o temperamento da criança, maior era a frequência de práticas facilitadoras relatadas pela mãe.

### **1.5. Os pais como correguladores**

Segundo Linhares e Martins (2015), os pais e cuidadores atuam como correguladores no desenvolvimento dos diferentes processos de regulação da criança. Nesse sentido, Brigget *et al.* (2011) verificaram que quando as mães apresentavam maior controle com esforço e permaneciam mais tempo com a criança, havia um impacto positivo, com aumento do controle com esforço de crianças de 18 meses de idade. Em uma pesquisa com bebês residentes no cárcere observou-se que, inversamente ao que se esperava, as crianças apresentavam alto escore de controle com esforço e baixo escore de afeto negativo. Aprofundando a análise do contexto, verificou-se que nessa instituição foi criada uma unidade de acolhimento que visava proporcionar às internas e seus bebês um ambiente acolhedor e que favorecesse a maternagem. Os achados parecem sinalizar que, embora o cárcere pudesse trazer prejuízos, o contato e a regulação exercida pela mãe, pode ter minimizado o impacto negativo do ambiente no temperamento infantil (BRITO *et al.*, 2018).

Da mesma forma, no estudo de Cassiano e Linhares (2015), a qualidade da interação da díade mãe-bebê teve reflexos no processo de autorregulação das emoções de crianças nascidas pré-termo, que possuem menos capacidades autorregulatórias, são menos responsivas, menos atentas e mais agitadas que crianças nascidas a termo. A interação inicial da mãe com seu bebê aparece, na literatura, como um importante fator mediador entre os eventos peri-natais e o posterior desenvolvimento infantil, incluindo o temperamento. Se um desempenho materno adequado pode regular os fatores estressantes do meio interno e externo do bebê, quando a mãe falha em prover proteção e estímulo adequados, as chances de prejuízo no desenvolvimento psicológico aumentam significativamente, com repercussões a médio e longo prazo (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005).

Na literatura, já se associaram as dificuldades maternas em desempenhar sua função de proteção para o desenvolvimento ao baixo nível socioeconômico, baixa instrução, prole

numerosa, fragilidade nos vínculos familiares, diferentes concepções e valores na educação de filhos (NICHD, 1999; BRADLEY; CORWYN, 2002; LORDELO, 2002; STEIN *et al.*, 2008). Nas últimas décadas, a estas variáveis adicionou-se a saúde mental materna, especialmente as alterações severas e persistentes, como os quadros depressivos, que afetam a qualidade e a disponibilidade do cuidado, a interação e parecem acarretar efeitos negativos no desenvolvimento infantil (ENGLE, 2009; POOJA BANSIL *et al.*, 2010; MURRAY; HALLIGAN; COOPE, 2010; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014) e no temperamento infantil (MCGRATH *et al.*, 2008; HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010; FIELD, 2011; SHAPIRO *et al.*, 2018; NIETO *et al.*, 2019).

### **1.6. Depressão materna e temperamento**

O temperamento infantil, especialmente para a esfera do medo, já foi associado a depressão materna, no período gestacional (DAVIS *et al.*, 2007). Entretanto, a revisão recente de Erickson, Gartstein e Dotson (2017), sobre temperamento e sintomas depressivos na gestação, identificou que os resultados ainda são contraditórios.

Na revisão sistemática de Field (2011), havia indicativos que bebês de mães com depressão gestacional apresentavam um temperamento difícil, com mais choro e com mais chance de desenvolver problemas atencionais, emocionais e comportamentais, além de prejuízos para o sono na infância, adolescência e até na vida adulta. Melchior *et al.* (2012), ao avaliar a relação entre depressão gestacional materna, variáveis socioeconômicas e o temperamento infantil, identificaram que a relação entre depressão materna e temperamento era agravada pelas condições socioeconômicas, sendo que as crianças cujas mães eram depressivas e de baixa renda apresentaram escores mais altos de emocionalidade e de atividade. Para alguns autores, uma das possíveis explicações seria que em consequência do quadro estressante, as gestantes produziram altos níveis de cortisol, que estaria associado ao aparecimento de alguns traços específicos do temperamento, tais como maior reatividade negativa, aparecimento de comportamentos de inibição e medo (DAVIS *et al.*, 2007; ZHANG *et al.* 2018).

Entretanto, em estudo, que avaliou a possível associação da depressão gestacional com o temperamento infantil aos 4 e 6 meses de idade, esses resultados não se confirmaram. Apesar de na análise univariada a depressão gestacional ter mostrado maior chance da criança apresentar temperamento difícil aos 4 meses, essa relação não se manteve na regressão final (AUSTIN *et al.*, 2005). Para alguns autores, as diferenças observadas no temperamento infantil de filhos de mães com depressão estariam relacionadas a três genes específicos que atuam na modulação do cortisol na placenta, sendo que quanto maior a expressão desses genes, menor seria o

efeito da depressão materna na afetividade negativa. Essa possível proteção placentária reduziria os níveis de cortisol que o bebê recebe formando, para alguns deles, uma proteção (ZHANG *et al.*, 2018).

Quanto à depressão pós-parto, vários estudos associaram mães com depressão pós-parto a filhos com temperamento difícil (BECK, 1996; MCGRATH *et al.*, 2008; HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010). Alguns focaram o período pós-parto precoce, com o de Britton (2011), em que se observou uma associação entre a ansiedade e humor depressivo materno, no primeiro mês de vida, com temperamento difícil infantil, mostrando que essas associações emergem muito cedo. Da mesma forma, Shapiro *et al.* (2018), investigaram se os sintomas depressivos maternos na 3ª semana após o parto se refletiam no temperamento da criança aos 6 meses, identificando que a depressão materna previa temperamento infantil difícil apenas quando a sensibilidade materna era baixa.

Buscando compreender a direção dos efeitos entre depressão materna/paterna e temperamento infantil, um estudo de coorte verificou que depressão materna avaliada entre o 6º e o 8º mês de vida da criança permitia prever, de forma significativa, para ambos os sexos, emocionalidade negativa da criança aos dois anos, mas o temperamento infantil não permitia prever depressão materna (HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010). Segundo os autores, é possível levantar algumas hipóteses de como a saúde mental materna afeta o temperamento infantil. Em primeiro lugar, a depressão materna pode impactar a natureza e a qualidade das interações com a criança, com repercussões em seu temperamento. Pode-se pensar, também, que a depressão da mãe enfraquece sua capacidade de regular as emoções da criança, afetando potencialmente seu temperamento. Ou a influência pode ser indireta na medida em que é alta a incidência de conflitos conjugais e divórcios em mulheres deprimidas e a criança pode ter o desenvolvimento do seu temperamento afetado por viver nesse contexto.

A constatação de que os quadros de mulheres com história de depressão na gestação e pós-parto são mais vulneráveis a novos episódios depressivos ou apresentam quadros persistentes que parecem interferir no desenvolvimento a médio e longo prazo (CAMPBELL; COHN; MEYERS, 1995; SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; STEIN *et al.*, 2008; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010), fez com que alguns estudos longitudinais priorizassem a avaliação dos sintomas depressivos tanto na gestação quanto no pós-parto. Nieto *et al.* (2019) avaliaram sintomas ansiosos e depressivos no pré e pós-natal, com o objetivo de buscar alguma associação com o temperamento de crianças. Encontraram que sintomas depressivos no pré-parto não se associaram com temperamento difícil aos 6 meses, mas, os sintomas depressivos no pós-parto, tiveram um papel importante no aparecimento de

temperamento difícil da criança aos 6 meses. McGrath, Records e Rice (2008) também tentaram estudar a depressão nos dois momentos e sua relação com temperamento infantil. Observou-se que mães deprimidas no pós-parto relatavam filhos com temperamento mais difícil aos 2 e 6 meses, que mães não deprimidas.

Diante do exposto, pode-se concluir que há muitas evidências mostrando que sintomas depressivos maternos podem ser fator de risco para o desenvolvimento infantil, mas que ainda se sabe muito pouco sobre os efeitos da depressão, tanto a gestacional como a pós-parto, no temperamento da criança. Assim, o presente trabalho pretendeu verificar o papel de sintomas depressivos gestacionais, no pós-parto e dos quadros persistentes, com sintomas tanto na gestação como no pós-parto, no temperamento de bebês de 7 aos 12 meses de vida. Essa pesquisa fundamentou-se na hipótese que filhos de mães que pontuaram para sintomas depressivos iriam apresentar maior escore de afeto negativo, de extroversão e menor escore de controle com esforço, quando comparados com bebês de mães sem sintomas depressivos.

## **2. OBJETIVO**

### **Geral**

Este estudo teve como objetivo comparar o temperamento de bebês entre 7 e 12 meses de idade, filhos de mães com sintomas depressivos na gestação, no pós-parto e nos dois momentos, com bebês de mães sem sintomas depressivos tanto na gestação como no pós-parto. Pretendeu-se também, identificar, dentre variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo sintomas depressivos na gravidez e no pós parto, quais se associavam com as três dimensões do temperamento: afeto negativo, extroversão e controle com esforço.

### **Específicos**

- Identificar, a partir de um banco de dados, gestantes com e sem sintomas depressivos no terceiro trimestre de gestação;
- Identificar mães com e sem sintomas depressivos, após o sétimo mês do nascimento da criança;
- Caracterizar e comparar as mulheres da amostra em relação aos dados sociodemográficos e clínicos, divididas em quatro grupos: com sintomas depressivos gestacionais, com sintomas depressivos pós-parto, com sintomas depressivos nos dois momentos e sem sintomas depressivos;
- Caracterizar e comparar os filhos das mulheres dos quatro grupos, em relação a dados

sociodemográficos e condições de nascimento;

- Avaliar e comparar os fatores e dimensões do temperamento de bebês com idade entre 7 e 12 meses de vida, divididos em quatro grupos de acordo com os sintomas depressivos maternos;
- Identificar, dentre as variáveis sociodemográficas e clínicas, da mãe e da criança, fatores de risco e proteção para os três fatores do temperamento infantil.

### **3. MÉTODO**

Trata-se um estudo de coorte, que nasceu vinculado à pesquisa “*Depressão na gestação-ocorrência, determinantes e repercussões sobre a saúde materno-infantil: estudo de coorte em Botucatu/SP, Brasil*” (CARVALHAES *et al.*, 2018), em que se avaliaram, no segundo semestre de 2018, mães de baixo risco obstétrico e usuárias da rede pública do município de Botucatu, sobre sintomas depressivos no terceiro trimestre gestacional, a partir da escala de Edimburgo. Dentre as mulheres avaliadas 65 (21%) apresentaram sintomas depressivos na gestação.

Entre o sétimo e o décimo segundo mês após o nascimento da criança, recorreu-se a esse banco de dados para selecionar a amostra do presente estudo.

#### **Aspectos éticos**

Foi assegurada privacidade e a não identificação das participantes, antes do preenchimento dos instrumentos. Foi assegurado, também, o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Após a concordância das participantes, o TCLE foi assinado em duas vias pela participante e pela pesquisadora, ficando uma via em poder da mulher entrevistada e a outra com a pesquisadora responsável.

Em conformidade com as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu, aprovado e registrado através do parecer nº 3.197.190/2019.

#### **Participantes**

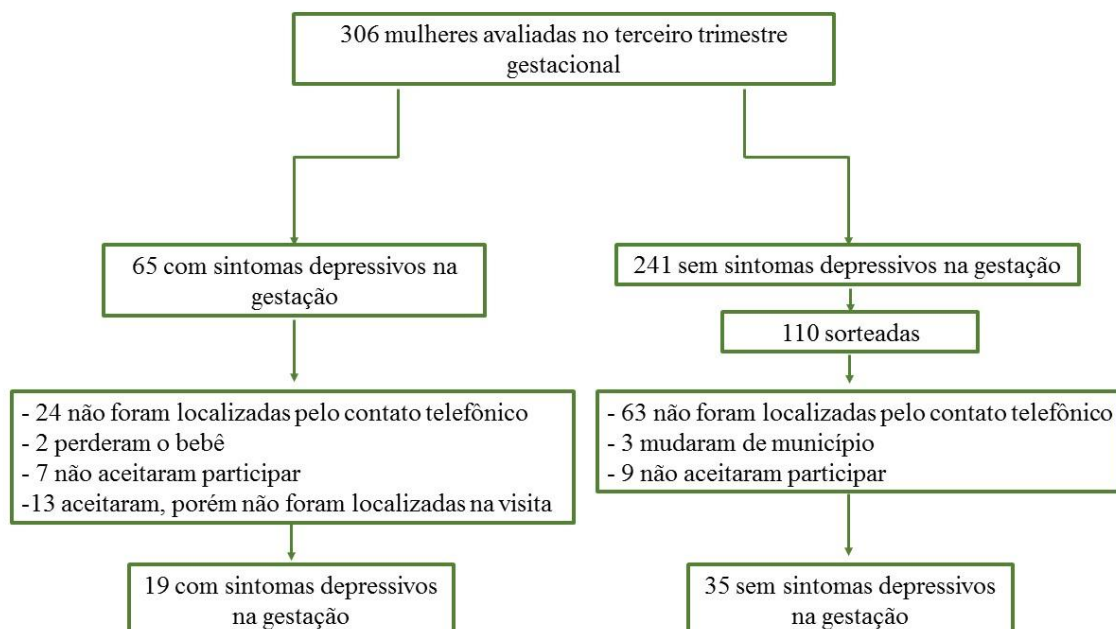
A população alvo foram 306 crianças entre 7 e 12 meses de idade, filhos de gestantes que participaram, no segundo semestre de 2018, da pesquisa “*Depressão na gestação-ocorrência, determinantes e repercussões sobre a saúde materno-infantil: estudo de coorte em Botucatu/SP, Brasil*” (CARVALHAES *et al.*, 2018).

A partir desse banco de dados, entre o sétimo e o décimo segundo mês após o

nascimento da criança, selecionaram-se todas as mulheres que tinham pontuado positivamente para depressão na gestação e, se sortearam, aleatoriamente, 120 mães que não tinham pontuado, para constituir o grupo controle.

Das 65 mulheres com sintomas depressivos, 17 não foram localizadas, 2 perderam o bebê, 6 não aceitaram participar da pesquisa após o contato telefônico e, 13 aceitaram a participar, porém não foram localizadas no dia da visita. Quanto à composição do grupo controle, das 110 mulheres sorteadas, 71 não foram localizadas e 9 não aceitaram participar e 27 participaram do estudo. No final, 54 mulheres compuseram a amostra total, 19 com sintomas depressivos gestacionais e 35 sem sintomas, conforme consta na figura 1.

**Figura 1: Fluxograma da composição da amostra**



### Local do estudo

Botucatu é uma cidade com população estimada de 127.328 habitantes, localizada na região centro-sul do estado de São Paulo, no sudeste do Brasil. A cidade de Botucatu possui um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,800, superior ao do país como um todo (IDH = 0,754) e uma taxa de mortalidade infantil de 12,6 por mil nascidos vivos, abaixo da observada no Brasil, que em 2015, foi de 15,3 por mil nascidos vivos. Para desenvolver este trabalho, as mulheres que aceitaram participar foram avaliadas em seu domicílio.

## **Instrumentos**

- **Questionário com dados sociodemográficos e clínicos** – Este instrumento abordou questões sobre idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de filhos, e dados de saúde: abortos anteriores, ameaça de abortamento atual, intercorrências de saúde durante a gravidez, incluindo saúde mental.

- **Questionário com perguntas referentes ao nascimento e ao bebê:** via de nascimento, duração, local, intercorrências obstétricas, tais como problemas durante o parto com a mãe (alterações da pressão arterial, hemorragias, diminuição da oxigenação, reações diante da anestesia) e com o bebê (diminuição da oxigenação e aspiração do mecônio) tempo de internação; idade gestacional, peso da criança e necessidade de incubadora

- **Infant Behavior Questionnaire (IBQ):** Esse instrumento, criado por Gartstein e Rothbart (2003), tem a finalidade de avaliar o temperamento de bebês, de 3 a 12 meses. Foi embasado no referencial psicobiológico de Rothbart (KLEIN; LINHARES, 2010), com tradução para o português de Klein, Putnam e Linhares (2009) e está disponível para uso em pesquisa. O instrumento possui 191 questões e a aplicação pode acontecer com pais ou cuidadores e deve avaliar a frequência do comportamento alvo durante a última semana e em alguns casos, nas últimas duas semanas. A pontuação, em Escala Likert, varia de 1 a 7 ou NA (não se aplica) - quando não recebe pontuação. As 191 questões se agrupam em 14 dimensões que se subdividem-se em três fatores: afeto negativo, extroversão e controle com esforço. O fator afeto negativo é composto por angústia, medo e tristeza. Extroversão, por sua vez, avalia aproximação, reatividade vocal, prazer de alta intensidade, nível de atividade, sorriso e riso e sensibilidade perceptual. Finalmente, compõem o controle com esforço, a capacidade para se confortar, prazer de baixa intensidade, aconchego, duração da orientação e reatividade decrescente. Ao final, se obtém um escore para cada as 14 dimensões e para os três fatores do temperamento, cujos valores podem variar de 1 a 7.

- **Escala de depressão pós-parto Edimburgo (EPDS):** A Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS foi desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987), com a finalidade de identificar sintomas de depressão após o parto. Foi validada em diversos países, inclusive no Brasil, e teve sua utilidade estendida ao período gestacional (FIGUEIRA *et al.*, 2009). É composta por 10 questões, autoaplicáveis. Cada questão avalia a presença e

intensidade dos sintomas nos últimos sete dias. A soma dos pontos constitui o score total, que pode variar entre 0 e 30 pontos. O ponto de corte adotado para este estudo será o escore  $\geq 13$  (BATISTA; BATISTA; TORRES, 2006), resultado positivo no rastreamento de possível depressão, seja na gestação ou no pós-parto.

## Procedimentos

Após permissão para o uso do banco, se constituiu uma amostra de conveniência com o maior número de mães com depressão localizadas e que aceitaram participar do estudo e, para compor o grupo controle, optou-se por sortear um número superior de mães sem depressão, do mesmo banco. Quando as crianças estavam com idade entre 7 e 12 meses, através de contato telefônico, as mães foram contactadas para explicar o objetivo do projeto, pedir sua participação e, agendar, com as que aceitassem participar, um encontro no seu domicílio, em dia e horário de sua escolha. A pesquisadora responsável pela coleta, desconhecia se a participante fazia parte do grupo com ou sem sintomas depressivos. Nesse encontro, após explicar novamente a pesquisa, a mãe assinava o TCLE, completava os questionários e, se aplicava, novamente a Escala de Edimburgo, que já havia sido aplicada no terceiro trimestre gestacional. Respondia, também IBQ.

Para facilitar as respostas ao IBQ foi apresentada uma cartela com representação gráfica da magnitude da resposta, conforme consta na figura 2.

**Figura 2: Representação gráfica utilizada para auxiliar na resposta do IBQ.**



Após a aplicação, a pesquisadora corrigia a escala de Edimburgo, informando às mães os resultados. Quando a mãe pontuava para depressão, além de informar os resultados, a pesquisadora se colocava à disposição para encaminhar aos serviços disponíveis de saúde mental do município.

## **Análise de dados**

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do programa Excel. Na sequência, realizou-se a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e dos instrumentos selecionados (Escala de Edimburgo, em dois momentos e IBQ).

Com os resultados sobre sintomas depressivos obtidos na avaliação do pré-natal, e com os resultados da segunda avaliação, no pós-parto, foram montados quatro grupos: mães que apresentaram sintomas depressivos apenas na gestação (SN), mães que apresentaram sintomas depressivos apenas no pós-parto (NS), mães que apresentaram sintomas depressivos nos dois momentos (SS) e, finalmente, mães que não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento (NN). Esses grupos foram comparados quanto às suas características sociodemográficas, clínicas (da mãe e da criança) e condições de nascimento a partir do Teste Kruskal-Wallis para variáveis numéricas e do teste de Goodman ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas, seguidos pelo teste de Dunn para identificar que grupos eram significativamente diferentes.

Realizou-se, também, a comparação dos quatro grupos quanto aos três fatores do temperamento infantil (afeto negativo, extroversão e controle com esforço) e suas dimensões, através do teste ANOVA, seguido pelo teste de Bonferroni e de Dunn, para identificar que grupos diferiam, estatisticamente, entre si.

Finalmente, foram montados três modelos de regressão múltipla. Para isso, escolheram-se as variáveis que mostraram significância ( $p < 0,05$ ) ou tendência à significância ( $p < 0,10$ ) na comparação dos grupos, bem como aquelas que são apontadas na literatura como possíveis variáveis explicativas de quadros depressivos. Optou-se também em realizar teste de colinearidade identificando possíveis variáveis colineares, para excluí-las da análise. A regressão teve três desfechos: afeto negativo, extroversão e controle com esforço.

Adotou-se um nível de significância estatístico padrão de  $p < 0,05$  em todos os testes, para rejeição de hipótese de nulidade.

## **4. RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em 3 seções. Na primeira seção serão apresentadas as características gerais da amostra, com os dados maternos e infantis. Na segunda seção serão comparadas as características sociodemográficas e clínicas dos quatro grupos (mães que não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento -NN; mães que apresentaram sintomas depressivos apenas na gestação – SN; mães que apresentaram sintomas depressivos apenas no pós-parto - NS e mães que apresentaram sintomas depressivos nos dois momentos - SS), assim como a comparação dos grupos com relação às três dimensões do temperamento infantil (afeto negativo, extroversão e controle com esforço). Por fim, na terceira seção, serão apresentados os dados da regressão múltipla, tendo como desfechos as três dimensões do temperamento infantil e como variáveis explicativas as características sociodemográficas e clínicas da criança e da mãe, incluindo sintomas depressivos na gestação e no pós-parto.

### **4.1 Características gerais da amostra**

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, a mediana de idade das mães foi de 28 anos, sendo que a mãe mais nova tinha 17 anos e a mais velha 45 anos. Dessas mulheres, 66,7% tinham ensino médio completo, 77,8% tinham um companheiro e 72% não tinham um emprego formal. Quase metade da amostra referiu não ter desejado a gravidez (42,6%), não ter tido problemas de saúde durante a gestação (85,2%) e 24,1% referiu ter realizado tratamento psiquiátrico, alguma vez na vida. A maioria das mães disse ter contado com apoio social na gestação e no puerpério. Durante a gestação, 35,2% das mulheres pontuaram para sintomas depressivos e, essa porcentagem subiu para 37% no pós-parto.

Tabela 1 – Características maternas

<b>Características das mães</b>	<b>n=54</b>
<b>Idade</b>	<b>Mediana (min-máx)</b>
	28 (17-45)
<b>Renda mensal</b>	<b>Mediana (min-máx)</b>
em reais	2000,00 (1000,00-6000,00)
<b>Nº de filhos</b>	<b>Mediana (min-máx)</b>
	2 (1-4)
<b>Escolaridade</b>	<b>f (%)</b>
Fundamental	13 (24,1%)
Médio	36 (66,7%)
Superior	5 (9,3%)
<b>Estado civil</b>	<b>f (%)</b>
Com companheiro	42 (77,8%)
Sem companheiro	12 (22,2%)
<b>Trabalho formal</b>	<b>f (%)</b>
Sim	15 (27,8%)
Não	39 (72,2%)
<b>Problemas de saúde</b>	<b>f (%)</b>
Sim	8 (14,8%)
Não	46 (85,2%)
<b>Tratamento psiquiátrico</b>	<b>f (%)</b>
Sim	13 (24,1%)
Não	41 (75,9%)
<b>Gravidez desejada</b>	<b>f (%)</b>
Sim	31 (57,4%)
Nao	23 (42,6%)
<b>Apoio social na gestação</b>	<b>f (%)</b>
Sim	46 (85,2%)
Não	8 (14,8%)
<b>Apoio social no puerpério</b>	<b>f (%)</b>
Sim	44 (81,5%)
Não	10 (18,5%)

Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (med), Valor mínimo (min) e valor máximo (max).

Na Tabela 2, pode se verificar que a maioria das mães (22%) apresentou sintomas depressivos, tanto na gravidez como no pós parto.

**Tabela 2 – Número e porcentagem de mães que apresentaram sintomas depressivos na gestação e pós parto**

<b>Sintomas depressivos maternos (&gt;13)</b>	
<b>F (%)</b>	
<b>Apenas na gestação</b>	7 (13,0)
<b>Apenas no puerpério</b>	8 (15,0)
<b>Nos dois momentos</b>	12 (22,0)
<b>Em nenhum momento</b>	27 (50,0)
<b>Total</b>	54 (100,0)

Frequência (f)

Quanto às crianças, a maioria era do sexo feminino (57,4%), 53,7% nasceu de parto vaginal, poucas precisaram de internação (16,7%) e de incubadora após o nascimento (11,1%) e apenas uma (1,9%) nasceu prematuramente.

**Tabela 3 – Características das crianças**

<b>Características das crianças</b>	<b>n=54</b>
<b>Idade em meses</b>	<b>Med. (min-máx)</b>
	7 (7-11)
<b>Sexo</b>	<b>f (%)</b>
Feminino	31 (57,4)
Masculino	23 (42,6%)
<b>Via de Parto</b>	<b>f (%)</b>
Vaginal	29 (53,7%)
Cesárea	25 (46,3%)
<b>Nascimento pré-termo</b>	<b>f (%)</b>
Sim	1 (1,9%)
Não	53 (98,1%)
<b>Internação após o parto</b>	<b>f (%)</b>
Sim	9 (16,7%)
Não	45 (83,3%)
<b>Incubadora</b>	<b>f (%)</b>
Sim	6 (11,1%)
Não	48 (88,9%)

Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (med), Valor mínimo (min) e valor máximo (max).

Com relação ao temperamento, avaliado pela mãe a partir do sétimo mês da criança, pode-se observar, na Tabela 4, que as crianças apresentaram uma mediana maior do fator extroversão e que mediana mais baixa foi do fator afeto negativo. Quanto ao controle com esforço a mediana foi de 4,94.

**Tabela 4 – Mediana, valor máximo e mínimo das dimensões do temperamento infantil das crianças**

<b>Escore do temperamento infantil</b>	<b>n=54</b>
	<b>Med (min-máx)</b>
<b>Extroversão</b>	5,70 (4,08-6,50)
<b>Controle com esforço</b>	4,97 (3,30-6,52)
<b>Afeto negativo</b>	3,95 (1,45-5,90)

Mediana (med), Valor mínimo (mín) e valor máximo (máx).

#### **4.2 Comparação dos grupos**

Ao comparar os quatro grupos (sintomas depressivos na gestação - SN; no puerpério - NS; nos dois momentos - SS e sem sintomas depressivos - NN), pode se observar, na Tabela 5, que os grupos não diferiram, significativamente com relação à maioria dos aspectos sociodemográficos e condições de nascimento. Nota-se que em relação ao apoio na gestação, o grupo de mulheres sem sintomas nos dois momentos (NN) obteve um índice maior de apoio social em comparação ao grupo que teve sintomas depressivos nos dois momentos (SS). Também, com alto nível de significância, as mulheres com sintomas depressivos nos dois momentos (SS) desejaram menos a gravidez, quando comparadas com os outros três grupos.

**Tabela 5 – Comparação dos quatro grupos com diferentes sintomas depressivos (NN;SN;NS;SS) em relação a aspectos sociodemográficos e condições de nascimento**

Variável	NN (n=27)	SN (n=7)	NS (n=8)	SS (n=12)		
	med (min-max)	med (min-max)	med (min-max)	med (min-max)	p	cm
<b>Idade materna</b>	29 (17-40)	26 (20-45)	27 (21-40)	26 (19-35)	0,706	
<b>Idade bebê (meses)</b>	7 (7-10)	7 (7-8)	8 (7-11)	8 (7-11)	0,284	
<b>Renda Mensal (R\$)</b>	1900 (1000-5000)	2000 (1500-2900)	2000 (1000-4000)	1650 (1200-6000)	0,846	
<b>Nº filhos</b>	1 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,068	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	p	cm
<b>Escolaridade</b>						
<b>Fund.</b>	6 (22,2%)	2 (28,6%)	1 (12,5%)	4 (33,3%)		
<b>Médio</b>	18 (66,7%)	4 (57,1%)	6 (75,0%)	8 (66,7%)	0,922	
<b>Sup.</b>	3 (11,1%)	1 (14,3%)	1 (12,5%)	0 (0%)		
<b>Companheiro</b>	22 (81,5)	5 (71,4%)	7 (87,5)	8 (66,6%)	0,65	
<b>Trabalha</b>	5 (18,5%)	4 (57,1%)	2 (25%)	4 (33,3%)	0,231	
<b>Apoio na gestação</b>	26 (96,3%)	6 (85,7%)	7 (87,5%)	7 (58,3%)	<b>0,025</b>	NN>SS
<b>Apoio no puerpério</b>	24 (88,9%)	7 (100%)	6 (75%)	7 (58,3)	0,074	
<b>Problemas de saúde</b>	5 (18,5%)	1 (14,3%)	2 (25%)	0 (0%)	0,394	
<b>Tratam. Psiq.</b>	3 (11,1%)	2 (28,6%)	2 (25%)	6 (50%)	0,077	
<b>Gravidez desejada</b>	21 (77,8%)	4 (57,1%)	5 (62,5%)	1 (8,3%)	<b>0,001</b>	SS<NN;SN;NS
<b>Sexo masculino</b>	14 (51,9%)	1 (14,3%)	5 (62,5%)	3 (25%)	0,114	
<b>Parto cesárea</b>	14 (51,9%)	2 (28,6%)	3 (37,5%)	6 (50%)	0,718	
<b>Pré-termo</b>	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,801	
<b>Internação mãe após parto</b>	3 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0,497	
<b>Internação bebê após parto</b>	5 (18,5%)	0 (0%)	3 (37,5%)	1 (8,3%)	0,214	
<b>Incubadora</b>	5 (18,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0,282	
<b>Peso ao nascer &gt;2500</b>	26 (96,3%)	7 (100%)	7 (87,5%)	12 (100%)	0,49	

Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (med), Valor mínimo (min), Valor máximo (max), CM (comparações múltiplas - diferenças significativas ao nível  $p<0.05$ ). NN (Sem sintomas depressivos nos dois momentos); SN (com sintomas depressivos na gestação); NS (com sintomas depressivos no pós-parto); SS (com sintomas depressivos nos dois momentos). Realizou-se Teste Kruskal-Wallis para as variáveis categóricas e teste de Goodman ou Exato de Fisher, seguidos pelo teste de Dunn para verificar, dentre as variáveis significativas, quais grupos eram diferentes entre si.

Com relação à comparação dos grupos referente ao temperamento, houve uma diferença significativa nos fatores afeto negativo e controle com esforço. Filhos de mães com sintomas

depressivos no pós-parto (grupo NS) tiveram um maior escore no fator afeto negativo quando comparados com crianças cujas mães não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento (grupo NN). Ao verificar as dimensões de afeto negativo, verificou-se que crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos no pós-parto (NS) e nos dois momentos (SS), apresentaram maior escore de angústia que o grupo de crianças cujas mães não apresentaram sintomas em nenhum momento (NN). Quanto à dimensão tristeza, mesmo tendo mostrado diferença significativa entre os grupos, não foi possível identificar que grupos diferiram de forma significativa.

Apesar do fator extroversão não ter se mostrado significativamente diferente entre os grupos, a dimensão nível de atividade das crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos nos dois momentos (SS) foi maior que o dos filhos de mães que não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento (NN).

Quanto ao controle com esforço, houve uma diferença significativa desse fator nos grupos. Também se pode observar que filhos de mães que não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento (NN) obtiveram um maior escore da dimensão aconchego quando comparados com os filhos de mães que apresentaram sintomas depressivos nos dois momentos (SS).

**Tabela 6 – Comparação dos quatro grupos com diferentes sintomas depressivos (NN;NS;SN;SS) em relação aos fatores e dimensões do temperamento**

Fatores e dimensões do temperamento (IBQ)	NN (n=27)		SN (n=7)		NS (n=8)		SS (n=12)		p	C
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
<b><i>Afeto negativo</i></b>	3,51	1,04	3,76	0,74	4,68	0,72	4,34	1,01	<b>0,010</b>	NN < NS
Angústia	3,92	1,19	4,31	1,08	5,23	0,60	5,06	0,88	<b>0,003</b>	NN < NS,SS
Medo	2,84	1,41	2,82	1,09	3,94	1,07	3,44	1,48	0,173	
Tristeza	3,62	1,32	4,11	1,08	4,88	0,71	4,54	0,99	<b>0,027</b>	
<b><i>Extroversão</i></b>	5,64	0,54	5,86	0,32	5,48	0,72	5,54	0,49	0,542	
Aproximação	6,23	0,66	6,48	0,32	6,19	0,65	6,23	0,52	0,775	
Reatividade vocal	5,26	0,71	5,79	0,62	4,94	1,12	5,21	0,86	0,237	
Prazer alta intensidade	6,52	0,57	6,10	0,60	6,09	0,64	6,27	0,65	0,178	
Nível de atividade	4,58	1,03	4,98	0,71	5,23	1,03	5,65	0,71	<b>0,027</b>	NN < SS
Sorriso e riso	5,75	0,88	6,13	1,05	5,45	1,15	5,07	0,75	0,074	
Sensibilidade perceptual	5,48	1,17	5,68	0,55	4,96	0,65	4,88	1,03	0,208	
<b><i>Controle c/ esforço</i></b>	5,15	0,69	5,35	0,50	4,71	0,56	4,59	0,72	<b>0,029</b>	NN > SS
Capac.se confor.	5,13	0,96	5,10	0,74	4,09	0,85	4,62	1,29	0,064	
Prazer baixa intensidade	5,28	0,97	5,32	1,18	5,17	0,70	4,73	0,59	0,322	
Aconchego	5,75	0,83	5,90	0,57	5,24	0,41	4,89	0,98	<b>0,011</b>	NN > SS
Duração orient.	4,67	1,15	5,17	1,14	4,76	0,83	4,13	1,23	0,262	
Reatividade decrescente	5,15	0,92	5,27	0,83	4,33	1,08	4,56	1,27	0,109	

Desvio Padrão (DP); C (comparações significativas) - diferenças significativas ao nível  $p < 0.05$ . NN (Sem sintomas depressivos nos dois momentos); SN (com sintomas depressivos na gestação); NS (com sintomas depressivos no pós-parto); SS (com sintomas depressivos nos dois momentos). Teste ANOVA seguido do teste de Bonferroni e teste de Dunn.

### 4.3 Fatores de risco e proteção para afeto negativo, extroversão e controle com esforço

De acordo com a regressão múltipla, na Tabela 7, pode se observar que o afeto negativo se associou significativamente com sintomas depressivos maternos no pós-parto, isto é, a mãe com sintomas depressivos no pós-parto foi preditor de maior escore de afeto negativo da criança no fim do primeiro ano de vida.

**Tabela 7 – Associação entre o fator afeto negativo infantil com variáveis sociodemográficas, clínicas e sintomas depressivos maternos**

Variável	b	IC 95%		p
<b>Dados da mãe</b>				
Renda	0,00	0,00	0,00	0,167
n° de filhos	0,16	-0,26	0,59	0,448
Escolaridade	0,12	-0,42	0,67	0,643
Estado civil	0,29	-0,51	1,09	0,465
Apoio social na gestação	0,57	-0,45	1,59	0,265
Sintomas depressivos na gestação	-0,19	-0,91	0,52	0,585
Sintomas depressivos no pós-parto	1,03	0,38	1,67	<b>0,003</b>
Tratamento psiquiátrico na vida	-0,40	-1,11	0,32	0,267
Gravidez desejada	-0,51	-1,25	0,23	0,170
<b>Dados do bebê</b>				
Sexo masculino	-0,50	-1,07	0,07	0,086
Parto	0,12	-0,48	0,73	0,687
Peso ao nascer	-0,094	-2,40	0,52	0,200

Valor de beta (b); Intervalo de confiança (IC); regressão múltipla através do software SPSS 21.

No caso da extroversão, conforme a tabela 8, a variável sexo mostrou-se estatisticamente significativa, crianças do sexo masculino tinham menor chance de altos escores de extroversão que meninas.

**Tabela 8 – Associação entre o fator extroversão infantil com variáveis sociodemográficas, clínicas e sintomas depressivos maternos**

Variável	b	IC 95%		p
<b>Dados da mãe</b>				
Renda	0,00	0,00	0,00	0,544
n° de filhos	-0,10	-0,33	0,12	0,353
Escolaridade	0,12	-0,17	0,40	0,409
Estado civil	0,27	-0,16	0,63	0,209
Apoio social na gestação	-0,07	-0,61	0,47	0,790
Sintomas depressivos na gestação	0,08	-0,29	0,46	0,657
Sintomas depressivos no pós-parto	-0,12	-0,46	0,22	0,486
Tratamento psiquiátrico na vida	0,09	-0,29	0,47	0,627
Gravidez desejada	0,14	-0,25	0,54	0,460
<b>Dados do bebê</b>				
Sexo masculino	-0,42	-0,73	-0,12	<b>0,008</b>
Parto	-0,24	-0,56	0,08	0,142
Peso ao nascer	0,06	-0,71	0,83	0,877

Valor de beta (b); Intervalo de confiança (IC); regressão múltipla através do software SPSS 21.

Na Tabela 9, houve uma associação significativa entre sintomas depressivos no pós-parto e controle com esforço infantil, mulheres que apresentaram sintomas depressivos no pós-parto tinham filhos com mais chance de controle com esforço.

**Tabela 9 – Associação entre o fator controle com esforço infantil com variáveis sociodemográficas, clínicas e sintomas depressivos maternos**

Variável	b	IC 95%		p
<b>Dados da mãe</b>				
Renda	0,00	0,00	0,00	0,332
n° de filhos	-0,10	-0,39	0,19	0,496
Escolaridade	0,10	-0,27	0,48	0,573
Estado civil	-0,17	-0,72	0,38	0,528
Apoio social na gestação	0,19	-0,51	0,89	0,593
Sintomas depressivos na gestação	-0,05	-0,54	0,45	0,853
Sintomas depressivos no pós-parto	-0,51	-0,96	-0,07	<b>0,025</b>
Tratamento psiquiátrico na vida	0,36	-0,13	0,85	0,150
Gravidez desejada	0,19	-0,32	0,70	0,459
<b>Dados do bebê</b>				
Sexo masculino	-0,31	-0,71	0,08	0,118
Parto	-0,25	-0,67	0,17	0,232
Peso ao nascer	0,25	-0,76	1,26	0,621

Valor de beta (b); Intervalo de confiança (IC); realizada regressão múltipla através do software SPSS 21.

## 5. DISCUSSÃO

O perfil das mães deste estudo foi semelhante ao de outros estudos que pesquisaram o temperamento infantil (MCGRATH; RECORDS; RICE, 2008; FELDMAN *et al.*, 2009; GRANAT *et al.*, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2018; NIETO *et al.*, 2019): a mediana da idade materna era de 28 anos e mais da metade da amostra (77,8%) tinha um relacionamento estável. Quanto à escolaridade, a maioria das mães tinha completado o ensino médio (66,7%) e apenas 9,3% curso superior, escolaridade menor que de outras pesquisas em que a maioria das mães tinha ensino superior completo (RODE; KIEL, 2015; SHAPIRO *et al.*, 2018; RIGATO *et al.*, 2020). Quase metade da amostra (42,6%) relatou não ter desejado a gravidez, um dado recorrente em estudos com mães com depressão gestacional (MATOS; PIÉLAGO; FIGUEROA, 2009; NIETO *et al.*, 2019).

Não houve diferença significativa quanto à porcentagem de mulheres com sintomas depressivos no pré (13,0%) e pós-parto (15,0%). Na literatura, os resultados quanto à prevalência de sintomas depressivos na gestação ou no puerpério não são conclusivos. Por um lado, em alguns estudos observou-se que os sintomas depressivos aumentavam após o parto devido às mudanças hormonais, à impossibilidade de corresponder aos ideais ligados a maternidade ou a não poder contar com uma rede social de apoio (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; ZACONETA *et al.*, 2013; NIETO *et al.*, 2019). Por outro lado, em outros estudos verificou-se que os escores totais de sintomas depressivos eram maiores no pré-parto (EVANS *et al.*, 2001; SCHIAVO; PEROSA, 2020). A comparação dos diferentes índices é dificultada pela variedade de instrumentos utilizados para avaliar a depressão nas pesquisas. Inclusive, foram poucos os trabalhos que recorreram à escala de Edimburgo, um instrumento específico criado para avaliar a depressão pós-parto e que recentemente, passou a ser utilizado para avaliar sintomas depressivos em mulheres a partir da gestação (MORAES *et al.*, 2017).

Confirmando a literatura, 22% das mulheres que apresentaram sintomas depressivos no pós-parto, já apresentavam esses sintomas durante a gravidez. Há evidências que mulheres com histórico de depressão possuem mais chance de ter novos episódios depressivos ou apresentam quadros persistentes e crônicos (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; STEIN *et al.*, 2008; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012), especialmente aquelas que vivenciam situações de vulnerabilidade, com menor escolaridade, renda e ausência de companheiro (DIB *et al.*, 2019).

Embora metade da amostra tenha pontuado para sintomas depressivos, apenas 24% relataram ter feito ou estar fazendo algum tratamento psiquiátrico. As próprias mães não pare-

ciam considerar o sofrimento emocional como fazendo parte de problemas relacionados à saúde, visto que apenas metade das mulheres que pontuaram para sintomas depressivos referiram ter algum problema de saúde.

Apesar de longe do ideal, a porcentagem de mães que utilizaram serviços referentes a saúde mental foi superior ao de Rode e Kiel (2015), que investigaram a relação entre sintomas depressivos na gestação e no puerpério e verificaram que apenas 3,6% da amostra realizava psicoterapia e 2,4% tratamento medicamentoso para queixas associadas. Há estudos mostrando que a saúde mental ainda é muito negligenciada pelos profissionais de saúde, especialmente os que atendem pacientes no ciclo gravídico-puerperal, (PICININI *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2016), possivelmente influenciados pela crença popular que a gravidez é um período de bem estar para as mulheres e por ter uma preocupação maior com os transtornos psiquiátricos que ocorrem no pós-parto imediato (FALCONE *et al.*, 2005). Santos *et al.* (2016), ao estudar a atenção obstétrica ofertada pelo SUS, concluíram que embora o cuidado perpassasse a gestante, a puérpera e o bebê, percebe-se que as práticas dos profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento permanece voltada para o modelo biomédico, centrada no corpo e nos aspectos fisiológicos, sem considerar os aspectos psicológicos e socioculturais da parturiente e, portanto, não atendendo ao princípio da integralidade do SUS.

Quanto ao perfil das crianças, a maioria apresentou boas condições de nascimento, nasceu de parto vaginal, sem necessidade de incubadora e com pouco tempo de internação. Diferentemente de grande parte dos estudos sobre temperamento (MELCHIOR, 2002; DAVIS *et al.*, 2007; HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010), a maioria da presente amostra era composta por meninas (57,4%).

Em relação ao temperamento, os escores em ordem crescente foram: afeto negativo, controle com esforço e extroversão. O fato do afeto negativo ter apresentado o escore mais baixo dos três fatores coincide com o de dois outros estudos em que os sujeitos tinham idade próxima ao do estudo atual: o de Brito *et al.* (2018) que avaliaram bebês de até um ano de vida, cujas mães estavam em uma unidade de detenção, e o de Cassiano e Linhares (2015), que avaliaram o temperamento de crianças eutróficas e prematuras, com idade entre 18 a 36 meses. Uma possível explicação para os escores de afeto negativo serem os mais baixos pode estar associada à idade das crianças, já que estão desenvolvendo a regulação emocional (ROTHBART; BATES, 2006). Segundo Feldman (2009), a autorregulação se desenvolve hierarquicamente, iniciando-se com a regulação fisiológica, a seguir vem a regulação emocional por volta de 1º ano, a atencional (2 anos) e, finalmente, a autorregulação, por volta dos 5 anos.

O fator com maior escore na presente pesquisa foi extroversão, com a média de 5,70. Altos escores de extroversão, especialmente com um aumento da dimensão nível de atividade, estão associados a problemas de comportamento em crianças mais velhas (LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013). Schmidt *et al.* (2013) encontraram médias mais baixas de extroversão em crianças de 4 a 6 anos, assim como Brito *et al.* (2018), com crianças próximas a um ano de vida e Cassiano e Linhares (2015), com crianças entre 18 e 36 meses, tanto naquelas nascidas a termo como pré-termo. Por outro lado, frente ao controle com esforço, a média obtida no atual estudo foi a mais baixa, quando comparada com os outros estudos já citados (SCHMIDT *et al.*, 2013; CASSIANO; LINHARES, 2015; BRITO *et al.*, 2018). Um possível entendimento desses dados, que será melhor discutido mais adiante, pode estar relacionado ao fato de grande parte das mães deste estudo ter sintomas depressivos e, possivelmente, não conseguir exercer seu papel de co-reguladora dos comportamentos infantis (GRANAT *et al.*, 2017).

#### *Comparação dos grupos quanto às variáveis sociodemográficas*

Ao comparar os quatro grupos de mulheres que diferiam quanto a sintomas depressivos (NN, SN, NS e SS), houve diferenças estatisticamente significativas em relação a duas variáveis: desejo pela gravidez e apoio social na gestação.

Mulheres com sintomas depressivos nos dois momentos (SS) foram as que menos desejaram a gravidez. Alvarenga *et al.* (2012), já haviam identificado uma relação entre saúde mental e apego materno na fase gestacional, sendo que gestantes com maior pontuação em transtornos psiquiátricos, apresentaram menos apego com o feto. Possivelmente, o desânimo e os sentimentos de desesperança e desinteresse, típicos dos quadros depressivos, podem ter inibido os comportamentos e emoções, que contribuem para a formação do vínculo com o filho.

Em relação à depressão pós parto, há varias evidências na literatura sobre seus efeitos adversos no desenvolvimento do recém-nascido e na relação mãe/bebe (AIROSA; SILVA, 2013; FELDMAN *et al.*, 2009; FIELD *et al.*, 2010; MURRAY *et al.*, 2010; SCHIAVO; PEROSA, 2020). Airosa e Silva (2013) observaram que quanto mais sintomas de estresse e depressão no período pós-natal, menor era a vinculação materna com o filho. Identificaram, também, que as mulheres que apresentavam menores índices de estresse e depressão e maior vinculação mãe-bebe, eram as mais satisfeitas com sua rede de apoio.

A relação entre sintomas depressivos e rede de apoio também apareceu nos resultados da presente pesquisa. Uma porcentagem maior de mulheres que não apresentaram sintomas depressivos em nenhum momento (NN) referiu, de forma significativa, contar com apoio social na gestação, quando comparadas com aquelas que apresentaram sintomas depressivos nos dois

momentos (SS). Embora tendo apenas tendência à significância, o grupo de mulheres com sintomas nos dois momentos também referiu contar com menos apoio no puerpério. Manente e Rodrigues (2016) já haviam observado associação entre sintomas depressivos maternos e a percepção de ausência de rede de apoio, especialmente quando a mãe retornava ao trabalho. A literatura aponta o apoio social como fator de proteção para sintomas depressivos (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; KONRATDT, 2011), apesar de alguns autores alertarem para a possibilidade da insatisfação com a rede de apoio ser consequência do quadro depressivo (SCHWENGBER; PICCININI, 2005; RAPOPORT; PICCININI, 2006). Eles observaram que muitas mães, mesmo tendo uma rede de apoio disposta a ajudá-las, não conseguiam pedir ou receber ajuda, tendo inclusive, dificuldade em compartilhar os cuidados da criança.

#### *Comparação dos grupos quanto aos fatores e dimensões do temperamento infantil*

Ao comparar os fatores e as dimensões do temperamento de filhos das mães com e sem depressão observaram-se algumas diferenças significativas. Em primeiro lugar, filhos de mães com sintomas depressivos no pós-parto (NS) apresentaram maiores escores de afeto negativo quando comparados aos filhos de mães sem sintomas depressivos em nenhum momento (NN). Schwengber e Piccinini (2004), já haviam identificado que bebês cujas mães tinham indicadores de depressão apresentaram mais indícios de afeto negativo: choro, vocalizações negativas e resistência ao contato. Em um estudo de coorte, que avaliou crianças em 3 momentos distintos (2º dia, 6 e 9 meses), também se verificou que filho de mães com depressão apresentavam mais choro e mais emocionalidade negativa (FELDMAN *et al.*, 2009). Em pesquisas mais recentes, Shapiro *et al.* (2018) demonstraram que a depressão, 3 meses após o nascimento da criança, estava associada com o aumento de afeto negativo quando a criança estava com 6 meses de vida. Da mesma forma, Rigato *et al.* (2020), identificaram que a presença de sintomas depressivos maternos, 2 semanas após o nascimento da criança, permitia prever afeto negativo da criança aos 4 meses e verificaram, também, um efeito cascata, isto é, que os sintomas depressivos aos quatro meses eram preditores de afeto negativo infantil aos seis meses. Os autores concluíram que sintomas depressivos maternos, logo após o nascimento e nos meses subsequentes impactavam o temperamento no primeiro ano de vida da criança, sinalizando para a necessidade de não limitar o suporte a mães com sintomas depressivos, apenas aos momentos após o parto.

Outras pesquisas, já haviam demonstrado que depressão materna no pós-parto permitia prever o temperamento difícil dos filhos (HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010; MELCHIOR *et al.*, 2012; VISMARA; SECHI; LUCARELLI, 2020). No estudo de Vismara,

Sechi e Lucarelli (2020) a redução da capacidade da mãe com sintomas depressivos em identificar e compreender as reações e sentimentos da criança, se associaram com a presença de mais afeto negativo. Melchior *et al.* (2012), identificaram que crianças expostas a depressão materna e que pertenciam a famílias de baixa renda tinham os mais altos escores de temperamento difícil. Se a condição socioeconômica pareceu prejudicar o temperamento infantil, um cuidado materno adequado, com boa regulação na relação, mesmo em ambientes adversos, como instituições carcerárias, mostrou-se como fator de proteção para o temperamento infantil (BRITO *et al.*, 2018). São dados que falam a favor de uma concepção de temperamento em que, além dos mecanismos biológicos, atuam mecanismos ambientais, posteriores ao nascimento, como a natureza e a qualidade da interação mãe/filho (HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010; CASSIANO; LINHARES, 2015).

Dentre as dimensões do afeto negativo, os escores de tristeza, mas, principalmente, angústia, foram significativamente maiores nos filhos de mães com sintomas depressivos no puerpério e nos dois momentos, ao serem comparados com os filhos de mães que não apresentavam sintomas depressivos em nenhum momento. No estudo de Schwengber e Piccinini (2004), na situação de exploração de objeto, filhos de mães com sintomas depressivos choravam mais, tinham mais vocalizações negativas e resistiam ao contato que filhos de mães sem indicadores. As mães por sua vez, emitiam menos comportamentos facilitadores que mães sem indicadores. A falta de atenção e atitudes negativas das mães deprimidas prejudicavam o apego seguro das crianças, criando ansiedade e angústia (SELIGMAN, 1977; MELCHIOR *et al.* 2012). Para Granat *et al.* (2016), a sincronia do olhar e do toque eram mais baixos na interação da criança com a mãe deprimida. O primeiro episódio de sincronia dos olhares dessas mães com o bebê demorava mais que o dobro de tempo, quando comparado com mães ansiosas e mães sem sintomas. A sincronia social diminuída durante a interação e a falta de diferenciação da figura de apego podem levar ao desajuste emocional dessas crianças.

Não houve diferenças significativas quanto ao fator extroversão nos quatro grupos, mas, uma de suas dimensões, o nível de atividade, foi significativamente mais alto em filhos de mães com sintomas depressivos nos dois momentos quando comparados com bebês de mães sem sintomas depressivos. Shapiro *et al.* (2018), também, identificaram que o humor materno deprimido aos 2 meses após o parto se associou com mais agitação da criança aos 6 meses. No estudo de Feldman *et al.* (2009), a depressão após o parto estava associada com maior agitação aos 9 meses de idade do bebê e na pesquisa de Britton (2011) houve associação entre sintomas depressivos maternos no primeiro mês após o parto com o aumento do nível de atividade de crianças no mesmo período.

Os altos escores da dimensão nível de atividade no primeiro ano de vida são preocupantes visto que há evidências na literatura que o temperamento, nas fases iniciais de desenvolvimento da criança, pode ter associação com características da personalidade, problemas de comportamento e psicopatologias, a médio e longo prazo (LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013), especialmente quando o alto nível de atividade é concomitante déficit de regulação, isto é, baixo controle com esforço (ROTHBART, 2016).

Na presente pesquisa, os filhos de mães com sintomas depressivos desde a gestação, além de apresentar aumento do nível de atividade, mostraram, níveis mais baixos do fator controle com esforço. Outros estudos também identificaram relação entre os três fatores, que estão interligados (ROTHBART; POSNER; HERSHEY, 1995). Gracioli e Linhares (2014), identificaram que alto nível de raiva e impulsividade, associado a baixo controle inibitório, aos nove meses, foram preditores de problemas de comportamento externalizantes de pré-escolares, aos quatro anos de idade. Eizinger *et al.* (2017), ao investigar a possível relação entre temperamento e TDAH, identificaram que um alto índice do nível de atividade, aos 7, 12 e 25 meses, permitiu prever sintomas de hiperatividade-impulsividade dez anos depois, quando os sujeitos estavam entrando na adolescência, e, se, além da hiperatividade, as crianças apresentavam baixo controle com esforço, era possível prever déficit de atenção. No estudo de Garstein, Putman e Rothbart (2012), baixo escore de controle com esforço e alto escore de afeto negativo se associaram a problemas de saúde mental na infância.

O fato de crianças cujas mães apresentavam sintomas depressivos desde a gestação terem escores menores de controle com esforço quando comparadas a crianças cujas mães não apresentavam sintomas depressivos, corrobora os resultados de outros estudos. Na revisão de Erickson, Gartstein e Dotson, (2017) há evidências que tanto a ansiedade quanto a depressão na gestação, aumentam a chance de ter um filho com baixa regulação. Segundo Davis *et al.* (2007), o alto nível de cortisol durante a gestação, especialmente no terceiro trimestre, relacionado a diversos motivos, inclusive depressão materna, se associou com medo a estímulos novos e mais afeto negativo, na medida em que a criança não conseguia regular a própria afetividade.

Se no período pré-natal, os estudos sobre autorregulação focaram, principalmente, os mecanismos biológicos, no período pós-natal ganharam força os estudos sobre os mecanismos ambientais. Nesse processo, a mãe com sintomas depressivos pode estar tendo dificuldade de atuar como co-reguladora externa, habilidade que contribui efetivamente para o processo de autorregulação no desenvolvimento das crianças. (LINHARES; MARTINS, 2015). No estudo de Granat *et al.* (2016), as mães com quadros depressivos não conseguiam ajudar as crianças a regular seu comportamento. Embora as crianças tentassem se autorregular em contextos de

raiva, elas não conseguiam reduzir o afeto negativo frente a estranhos, mesmo quando a mãe estava presente.

*Fatores de risco e proteção para afeto negativo, extroversão e controle com esforço*

Confirmando estudos que identificaram o papel da depressão materna no temperamento infantil (MELCHIOR *et al.*, 2002; MCGRATH; RECORDS; RICE, 2008; HANINGTON; ROMCHANDANI; STEIN, 2010; BRITTON, 2011; SHAPIRO *et al.*, 2018; NIETO *et al.*, 2019), nesta pesquisa, sintomas depressivos no pós-parto se mostraram como fatores de risco para o afeto negativo e para o controle com esforço.

Em relação ao fator afeto negativo, quando a mãe pontuava para sintomas depressivos, entre sete e 11 meses após o parto, a criança apresentava maiores escores de afeto negativo, mais tristeza, mais medo e mais angústia. Esses achados estão em conformidade com um estudo longitudinal com 210 mulheres mexicanas, acompanhadas desde a gestação até os seis meses pós-parto, em que se utilizaram instrumentos muito semelhantes aos utilizados no atual estudo, o Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para avaliar sintomas depressivos maternos e o Infant Characteristics Questionnaire (ICQ) para avaliar o temperamento infantil (NIETO *et al.*, 2019). Da mesma forma, Rigato *et al.* (2020), ao utilizar o mesmo instrumento deste estudo para avaliar o temperamento, o IBQ, identificaram que mesmo a depressão materna precoce, 2 semanas após o nascimento da criança, se associou com escores maiores de afeto negativo aos 2, 4, 6 e 9 meses de vida. Como possível explicação, mães com sintomas depressivos tem dificuldade em regular as emoções, baixa sensibilidade, levando a interações mais disfuncionais entre a díade e a uma criança mais triste e com temperamento difícil (SHAPIRO *et al.*, 2018). Na pesquisa de McGrath, Records e Rice (2008), com 139 mulheres, avaliadas da gestação aos 6 meses pós-parto, observou-se que mães deprimidas consideravam seus bebês mais difíceis aos 2 e 6 meses de idade, ao serem comparadas com as mães que não estavam deprimidas. Os autores discutem a possibilidade da depressão materna alterar a percepção que a mãe possui em relação ao temperamento do bebê.

O sexo da criança também se associou com afeto negativo, sendo que crianças do sexo feminino tinham mais chance de apresentar escores mais altos do fator afeto negativo. Schmidt *et al.* (2018), também observaram que meninas em idade pré-escolar tinham escores mais altos de afeto negativo do que os meninos. No trabalho de Cosentino-Rocha, Klein e Linhares (2014) identificou-se que meninas entre 18 e 36 meses apresentavam mais desconforto e medo ao serem comparadas com os meninos. No entanto, Else-Quest *et al.* (2006), em uma pesquisa de

meta-análise, que envolveu estudos realizados com crianças de três meses a 13 anos, encontraram poucas evidências da relação entre gênero e afeto negativo. Os autores alertam que ao analisar gênero é preciso levar em conta os estereótipos relacionados a ele. As garotas são estereotipadas como apresentando maiores reações de medo e de tristeza e menores reações de raiva do que os garotos e, com base nesses estereótipos, os pais tendem a encorajar ou a reforçar que seus filhos apresentem comportamentos e reações aceitas socialmente (ROCHA; LINHARES, 2013; ELSE-QUEST *et al.*, 2006).

A variável sexo mostrou-se como tendência para o fator extroversão, com meninos apresentando menor chance de pontuar em extroversão que as meninas. Em sua meta-análise, Else-Quest *et al.* (2006) encontraram pequena diferença entre meninos e meninas, no entanto, diferentemente do atual estudo, os meninos apresentaram maior risco de extroversão. Uma possível explicação para a diferença encontrada também pode estar relacionada ao estereótipo de gênero ligado aos diferentes contextos em que foi se realizaram as pesquisas e à forma como os pais avaliaram o comportamento de seus filhos. No estudo de Porter *et al.* (2005), que avaliou o temperamento e o estilo de cuidado de pais em diferentes países, observou-se que, enquanto nos Estados Unidos as mães avaliaram os meninos como mais ativos que as meninas, as mães chinesas não relataram diferenças.

Finalmente, sintomas depressivos no pós-parto se mostraram como fator de risco para o controle com esforço, isto é, crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos no pós-parto tinham mais chance de baixos escores de controle com esforço que filhos de mães sem depressão. Vários autores consideram o controle com esforço como importante fator para o desenvolvimento da autorregulação das crianças, fortemente influenciado pela experiência de regulação oferecida pelos cuidadores das crianças (FELDMAN, 2009; GRACIOLI; LINHARES, 2014; LINHARES; MARTINS, 2015; GRANAT *et al.*, 2016). Nesse sentido, a depressão parental pode impactar na natureza e qualidade das interações pais filhos e conseqüentemente no temperamento infantil (HANINGTON; RAMCHANDANI; STEIN, 2010). A pouca responsividade, apatia e pobre expressão de afeto positivo de algumas mães deprimidas, assim como os comportamentos intrusivos, coercitivos e impacientes de outras (PICCININI *et al.*, 2014; DIB *et al.*, 2019), já foram associados a estilos educativos parentais mais negativos e disfuncionais (ARAÚJO, 2003; FIELD, 2010), com formas inadequadas de estimular e modular o estado de alerta, repercutindo de forma negativa na regulação emocional da criança (SCWENGBER; PICCININI, 2005).

Portanto, os resultados da regressão dão força à hipótese inicial, que sintomas depressivos maternos estão associados ao temperamento infantil no primeiro ano de vida, em especial,

com relação ao afeto negativo e controle com esforço. São fatores que tem grande relevância no processo adaptativo das crianças em sua trajetória de desenvolvimento (LINHARES; MARTINS, 2015) e sinalizam para a necessidade de assistência psicológica para mulheres, que apresentam dificuldades de se adaptar emocionalmente em sua transição para maternidade (NIETO *et al.*, 2019).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente estudo algumas considerações precisam ser feitas em relação a aspectos metodológicos, limitações, contribuições e questões para novas investigações, sendo que considerações metodológicas podem ajudar a compreender melhor os resultados.

Inicialmente, o tamanho da amostra, um dos grandes empecilhos das pesquisas longitudinais no Brasil (VICTORA *et al.*, 2011), que limita a generalização dos resultados. Apesar de inúmeros esforços, apenas 30% das mulheres com sintomas depressivos do banco de dados original participaram da pesquisa. Mesmo contando com endereço e telefone de contato, fornecidos pelas gestantes quando foram avaliadas no terceiro trimestre gestacional, grande parte delas não foi localizada, principalmente pela troca de celulares e mobilidade populacional. Victora *et al.* (1996), responsáveis pelas coortes de mães e recém-nascidos de Pelotas, esclarecem que para diminuir as perdas solicitavam, além do endereço, detalhes de como encontrá-las (linha e parada de ônibus, referências locais), local de trabalho do pai e mãe, endereço de parentes próximos, telefones para contato e, caso a família pretendesse mudar-se, endereço futuro. Esses cuidados resultaram em um índice surpreendentemente alto de crianças localizadas, com mais de 93% após um ano e nos estimulam a implementá-las em bancos de dados futuros, para diminuir o percentual de perdas.

Outra limitação diz respeito à avaliação do temperamento infantil através do relato materno, o que pode ter ocasionado um possível viés na avaliação. Quando se trata de crianças muito pequenas, a mãe parece ser a pessoa mais apta para informar sobre o desenvolvimento e comportamento da criança. Em artigo de revisão, se constatou que na maioria dos estudos encontrados, a mãe era a principal informante sobre o temperamento da criança (LINHARES; DUALIBE; CASSIANO, 2013). Entretanto, alguns autores discutem que quando a mãe é portadora de sintomas depressivos, as características do quadro podem prejudicar sua percepção do filho, com uma avaliação mais negativa, considerando seu temperamento como difícil (RIGATO *et al.*, 2020; VISMARA; SECHI; LUCARELLI, 2020). Nesse sentido, sugere-se que, em trabalhos futuros, se recorra, também, à avaliação de outros informantes que tenham contato próximo com a criança, como pais e avós, o que poderia diminuir possível viés nas informações obtidas, apenas, através da mãe. Outra opção, também, seria incluir, além do relato, a observação direta da criança.

Com relação ao instrumento utilizado para mensurar o temperamento, o IBQ para crianças entre 3 a 12 meses, foi escolhido porque é um dos mais utilizados nas pesquisas de temperamento, tanto internacionais como nacionais, e permitiu comparar nossos resultados com

outros estudos. No entanto, ele é bastante extenso e com muitas opções de respostas (1 a 7) e, apesar de se ter criado uma cartela com representação gráfica da magnitude da resposta, algumas mães, com escolaridade mais baixa, tiveram dificuldade em preencher o questionário. Algumas mães também pareceram cansadas, com dificuldade de se manter atentas no final da avaliação, o que pode ser evitado em estudos futuros recorrendo à forma abreviada do IBQ, desenvolvida por Putnam *et al.* (2014), desde que seja traduzido para o português e se verifiquem suas qualidades psicométricas.

Apesar dessas limitações, confirmando a hipótese inicial, os resultados do presente estudo confirmaram a relação entre saúde mental materna e temperamento de crianças, no final do primeiro ano de vida. Filhos de mães com sintomas depressivos na gestação e no pós-parto apresentaram maior escore de afeto negativo, medo, nível de atividade e menos controle com esforço e aconchego que filhos de mães sem sintomas, mostrando que sintomas depressivos recorrentes interferiram negativamente no temperamento.

Outra contribuição importante foi a constatação de que sintomas depressivos maternos no período pós-natal foram fatores de risco para altos escores de afeto negativo e baixos escores de controle com esforço nas crianças, dando força à teoria psicobiológica de Rothbart de que o temperamento também sofre a influência das interações da mãe/filho após o nascimento. São dados que reforçam a necessidade de ações que impeçam possíveis prejuízos no temperamento infantil: identificação e encaminhamento de gestantes com sintomas depressivos para os serviços de saúde, desde o pré-natal, quando se iniciaram a maioria dos quadros, especialmente se a mulher não contava com uma rede de apoio social. Por outro lado, quando se identificam sintomas depressivos no pós-parto, além da necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, os profissionais poderiam auxiliar na adaptação emocional frente à maternidade, na aprendizagem de técnicas para cuidar de seus bebês e incentivar práticas educativas facilitadoras nas puérperas (MALHADO; ALVARENGA, 2012; NIETO *et al.*, 2019). Finalmente, pensando em projetos futuros, a escassez de estudos longitudinais-prospectivos que relacionem indicadores de temperamento da criança com depressão materna mostra a necessidade de mais pesquisas com esse delineamento, em uma perspectiva desenvolvimental, para acompanhar a evolução dos processos regulatórios ao longo das diferentes fases evolutivas.

## REFERÊNCIAS

- AIROSA, S.; SILVA I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. **Psicol. Saúde Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 64-77, 2013.
- ALVARENGA, P.; DAZZANI, M. V. M.; ALFAYA, C. A. S.; LORDELO, E. R.; PICCININI, C. A. Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 17, n. 3, p. 477-484, 2012.
- AUERBACH, J. G.; BERGER, A.; ATZABA-PORIA N.; ARBELLE, S.; CYPIN. N.; FRIEDMAN, A.; LANDAU, R. Temperament at 7, 12, and 25 months in children at familial risk for ADHD. **Infant Child Dev.**, Oxford, v. 17, p. 321-338, 2008.
- ARAUJO, D. M. R.; VILARIM, M. M.; SABROZA, A. R.; NARDI, A. E. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 219-227, 2010.
- AUSTIN, M. O.; PAVLOVIC, D. H.; LEADER, K. S.; PARKER, G. Maternal trait anxiety, depression and life events stress in pregnancy: relationships with infant temperament. **Early Hum. Dev.**, Amsterdam, v. 81, n. 2, p. 183-190, 2005.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.
- BARBOSA, L. P.; QUEVEDO, L.; DA SILVA, G. D. G.; JANSEN, K.; MAGALHÃES, P.; PINHEIRO, R. T.; DA SILVA, R. Z. Relationship between maternal depression as a risk factor for childhood trauma and mood disorders in young adults. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 72-76, 2014.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic Rev. Psicol. Vetor Ed.**, São Paulo, v. 7, n. 39, p. 39-78, 2006.
- BRITO, S. F. S.; PEDROSO, J. S.; CRUZ, E. J. S.; MOREIRA, D. G. Temperamento de bebês residentes no cárcere. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 26, n. 1, p. 51-58, 2018.
- BRITTON, J. R. Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. **Women Health**, Philadelphia, v. 51, n. 1, p. 55-71, 2011.
- BUSSAB, V. S. R. Fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento: a adoção de uma perspectiva interacionista. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 233-243, 2000.

CALKINS, S. Regulatory competence and early disruptive behavior problems: the role of physiological regulation. *In: OLSON, S. L.; SAMEROFF, A. J. (ed.). **Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems***. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 86-107.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Maternal depression and clinical risk indicators in child development. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CASSIANO, R. G. M.; LINHARES, M. B. M. Temperamento, prematuridade e comportamento interativo mãe-criança. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 416-424, 2015.

CASSIANO, R. G. M.; PROVENZI, L.; LINHARES M. B. M.; GASPARDO, C. M.; MONTIROSSO, R. Does preterm birth affect child temperament? A meta-analytic study. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 58, p. 1-11, 2020.

CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY FILHO, F.; FRANÇA, A. K. T. C.; LAMY, Z. C. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1683-1691, 2017.

CORRIGAN, C. P.; KAWASKY, A. N.; GROH, C. J. Social support, postpartum depression, and professional assistance: a survey of mothers in the midwestern United States. **J. Perinat. Educ.**, Washington, v. 24, n. 1, p. 48-60, 2015.

COSENTINO-ROCHA, L. C.; KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Effects of preterm birth and gender on temperament and behavior in children. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 37, n. 3, p. 446-456, 2014.

COSENTINO-ROCHA, L. C.; LINHARES, M. B. M. Temperamento de crianças e diferenças de gênero. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, p. 63-72, 2013.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 157-165, 2007.

COSTA, D. O.; SOUZA, F. I. S.; PEDROSO, G. C.; STRUFALDI, M. W. L. Trans-tornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2018.

- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 150, p. 782-786, 1987.
- DAVIS, E. P.; GLYNN, L. N.; SCHETTER, C. D.; HOBEL, C.; CHICZ-DEMET, A.; SANDMAN, C. A. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 46, n. 6, p. 737-746, 2007.
- DEAVE, T.; HERON, J.; EVANS, J.; EMOND, A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. **BJOG**, Oxford, v. 115, n. 8, p. 1043-1051, 2008.
- DIB, E. P.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 32, p. 1-9, 2019.
- EINZIGER, T.; LEVI, L.; ZILBERMAN-HAYUN, Y.; AUERBACH, J. G.; ATZABAPORIA, N.; ARBELLE, S.; BERGER, A. Predicting ADHD symptoms in adolescence from early childhood temperament traits. **J. Abnorm. Child Psychol.**, Washington, v. 46, n. 2, p. 265-276, 2017.
- ELSE-QUEST, N. M.; HYDE, J. S.; GOLDSMITH, H. H.; VAN HULLE, C. A. Gender differences in temperament: a meta-analysis. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 132, n. 1, p. 33-72, 2006.
- ERICKSON, N. L.; GARTSTEIN, M. A.; DOTSON, J. A. Review of prenatal maternal mental health and the development of infant temperament. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v. 46, n. 4, p. 588-600, 2017.
- EVANS, J.; HERON, J.; FRANCOMB, H.; OKE, S.; GOLDING, J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. **Br. Med. J.**, London, v. 323, n. 7307, p. 257-260, 2001.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R.; TEDESCO, J. J.; KAHALLE, S.; ZUGAIB, M. Maternity 'blues' prevalence and risk factors. **Span. J. Psychol.**, Madrid, v. 11, p. 593-599, 2008.
- FELDMAN, R.; GRANAT, A.; PARIENTE, C.; KANETY, H.; KUINT, J.; GILBOASCHECHECHTMAN, E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 48, n. 9, p. 919-927, 2009.

FELDMAN, R. Mutual influences between child emotion regulation and parent-child reciprocity support development across the first 10 years of life: implications for developmental psychopathology. **Dev. Psychopathol.**, New York, v. 27, n. 4, p. 1007-1023, 2015.

FELDMAN, R. The development of regulatory functions from birth to 5 years: insights from premature infants. **Child Dev.**, Chicago, v. 80, n. 2, p. 544-561, 2009.

FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M.; SCHANBERG, S.; KUHN, C. Depressed mothers who are “good interaction” partners versus those who are withdrawn or intrusive. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 26, p. 238-252, 2003.

FIELD, T. Prenatal depression effects on early development: a review. **Infant. Behav. Dev.**, Norwood, v. 34, n. 1, p. 1-14, 2011.

FIGUEIRA, P.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA M. A. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 79-84, 2009. Suplemento 1.

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. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R.; CONDE, A., TEIXEIRA, C. Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. **Early Hum. Dev.**, Amsterdam, v. 86, n. 8, p. 479-485, 2010.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

FRAGA, D. A.; LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E.; VITA-MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

GARFIELD, L.; HOLDITCH-DAVIS, D.; CARTER, C. S.; MCFARLIN, B. L.; SCHWERTZ, D.; SENG, J. S.; GIURGESCU, C.; WHITE-TRAUT, R. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low birth weight infants. **Adv. Neonatal Care**, Philadelphia, v. 15, n. 1, p. 3-8, 2015.

GARSTTEIN, M. A.; PUTMAN, S. P.; ROTHBART, M. K. Etiology of preschool behavior problems: contributions of temperament attributes in early childhood. **Infant Ment. Health J.**, New York, v. 33, n. 2, p. 197-211, 2012.

GARTSTEIN, M. A.; ROTHBART, M. K. Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 26, n. 1, p. 64-86, 2003.

GERHARDT, S. **Por que o amor é importante**: como o afeto molda o cérebro do bebê. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GOODMAN, S. H.; ROUSE, M. H.; CONNELL, A. M.; BROTH, M. R.; HALL, C. M.; HEYWARD, D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. **Clin. Child Fam. Psychol. Rev.**, New York, v. 14, n. 1, p. 1-27, 2011.

GRACIOLI, S. M. A.; LINHARES, M. B. A. Temperamento e sua relação com problemas emocionais e de comportamento em pré-escolares. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 71-80, 2014.

GRANAT, A.; GADASSI, R.; GILBOA-SCHECHTMAN, E.; FELDMAN, R. Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions. **Emotion**, Washington, v. 17, n. 1, p. 1-17, 2017.

HANINGTON, L.; RAMCHANDANI, P.; STEIN, A. Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 33, n. 1, p. 88-95, 2010.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. e00094016, 2017.

HENRICHS, J.; SCHENK, J. J.; SCHMIDT, H. G.; VELDERS, F. P.; HOFMAN, A.; JADDOE, V. W. V.; TIEMEIR, H. Maternal pre- and postnatal anxiety and infant temperament. The Generation R study. **Infant Child Dev.**, Oxford, v. 18, n. 6, p. 556-572, 2009.

KLEIN, V. C.; GASPARD, C. A.; LINHARES, M. B. M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 504-512, 2011.

KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. Temperamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 821-829, 2010.

- KLEIN, V. C.; PUTNAM, S. P.; LINHARES, M. B. M. Assessment of temperament in children: translation of instruments to Portuguese. **Interam. J. Psychol.**, Austin, v. 43, n. 3, p. 442-447, 2009.
- KONRADT, C. E. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.
- KOUTRA, K.; CHATZI, L.; BAGKERIS, M.; VASSILAKI, M.; BITSIOS, P.; KOGEVINAS, M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 48, n. 8, p. 1335-1345, 2012.
- KOZLOVA, E. A.; SLOBODSKAYA, H. R.; GARTSTEIN, M. A. Early temperament as a predictor of child mental health. **Int. J. Ment. Health Addict.**, New York, v. 18, p. 1493-1506, 2020.
- LANES, A.; KUK, J. L.; TAMIM, H. Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 11, p. 302, 2011.
- LINHARES, M. B. M.; MARTINS, C. B. S. O processo da autorregulação no desen-volvimento de crianças. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 281-293, 2015.
- LINHARES, M.; DUALIBE, A.; CASSIANO, R. Temperamento de crianças na abordagem de Rothbart: um estudo de revisão sistemática. **Psicol. Estud.**, v. 18, n. 4, p. 633-645, 2013.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.
- MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.
- MALHADO, S. C. B.; ALVARENGA, P. Relações entre o temperamento infantil aos oito meses e as práticas educativas maternas aos 18 meses de vida da criança. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 29, p. 789-797, 2012.
- MANENTE, M. V.; RODRIGUES, O. M. P. R. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, 2016.

MATOS, M. L. L.; PIÉLAGO, J. S.; FIGUEROA, A. L. Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 26, n.4, p. 310-314, 2009.

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLÁS, O. R.; ANDALAF NETO, J.; LIPPI, U. G. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MARROUN, H.; WHITE, T.; VERHULST, F.; TIEMEIER, H. Maternal use of anti depression for anxiety medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, Heidelberg, v. 23, n. 10, p. 973-992, 2014.

MCGRATH, J. M.; RECORDS, K.; RICE, M. Maternal depression and infant temperament characteristics. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, v. 31, n. 1, p. 71-80, 2008.

MELCHIOR, M.; CHASTANG, J. F.; DE LAUZON, B.; GALÉRA, C.; SAUREL-CUBIZOLLES, M. J.; LARROQUE, B. Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: the EDEN mother-child cohort. **J. Affect. Disord.**, Amsterdam, v. 137, n. 1-3, p. 165-169, 2002.

MORAES, I. G. S.; PINHEIRO, R. T. P.; SILVA, R. A.; HORTA, R. L. H.; SOUSA, P. L. R.; FARIA, A. D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MORAES, G. P. A.; LORENZO, A.; PONTES, G. A. R.; MONTENEGRO, M. C.; CANTILINO, A. Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: quando e como? **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2017.

MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Depressão pós-parto e desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 7-17, 2013.

MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurológico e psicológico da criança. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 165-176, 2005.

MURRAY, L.; ARTECHE, A.; FEARO, N. P.; HALLIGAN, S.; CROUDACE, T.; COOPER, P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16

years: a developmental approach. **J. Child Psychol. Psychiatry**, Oxford, v. 51, n. 10, p. 1150-1159, 2010.

MURRAY, L.; ARTECHE, A.; FEARO, N. P.; HALLIGAN, S.; GOODYER, I.; COOPER, P. Maternal postnatal depression and the development of depression in off-spring up to 16 years of age. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 50, n. 5, p. 460-470, 2011.

NIETO, L.; LARA, M. A.; NAVARRETE, L.; MANZO, G. Infant temperament and perinatal depressive and anxiety symptoms in Mexican women. **Sex. Reprod. Healthc.**, Amsterdam, v. 21, p. 39-45, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa: depressão**. Washington: OPAS; OMS, 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=822). Acesso em: 5 jun. 2018.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008.

PICCININI, C. A.; CARVALHO, F. T.; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

PICCININI, C. A.; FRIZZO, G. B.; BRYNS, I.; LOPES, R. C. S. Parenthood in the con-text of maternal depression at the end of the infant's first year of life. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 31, n. 2, p. 203-214, 2014.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; NARDI, T.; LOPES, R. S. Gestaçao e a Constituiçao da Maternidade. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

POLES, M. M. M.; CARVALHEIRA, A. P. P.; CARVALHAES, M. A. B.; PARADA, C. M. G. L. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 351-358, 2018.

PORTER, C. L.; HART, C. H.; YANG, C.; ROBINSON, C. C.; OLSEN, S. F.; ZENG, Q.; OLSEN, J. A.; JIN, S. A comparative study of child temperament and parenting in Beijing, China and the Western United States. **Int. J. Behav. Dev.**, Amsterdam, v. 29, n. 6, p. 541-551, 2005.

PUTNAM, S. P.; STIFTER, A. C. Reactivity and regulation: the impact of Mary Rothbart on the study of temperament. **Infant. Child Dev.**, Oxford, v. 17, n. 4, p. 311-320, 2008.

RAMOS, S. H. A. S.; FURTADO, E. F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicol. Pesqui.**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 20-28, 2007.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

RIGATO, S.; STETS, M.; BONNEVILLE-ROUSSY, A.; HOLMBOE, K. Impact of maternal depressive symptoms on the development of infant temperament: Cascading effects during the first year of life. **Soc. Dev.**, Oxford, v. 29, n. 4, p. 1115-1133, 2020.

ROCHA, L. C.; LINHARES, M. B. M. Temperamento de crianças e diferenças de gênero. **Pai-déia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, p. 63-72, 2013.

ROTHBART, M. K.; BATES, J. E. Temperament. *In*: DAMON, W.; LERNER R. M.; EISENBERG, N. (ed.). **Handbook of child psychology: social, emotional and personality development**. 6. ed. New York: John Wiley and Sons, 2006. v. 3, p. 99-165.

ROTHBART, M. K. Commentary: differentiated measures of temperament and multiple pathways to childhood disorders. **J. Clin Child Adolesc Psychol.**, London, v. 33, n. 1, p. 82-87, 2004.

ROTHBART, M. K. Measurement of temperament in infancy. **Child Dev.**, Chicago, v. 52, p. 569-578, 1981.

ROTHBART, M. K.; POSNER, M. I.; HERSHEY, K. L. Temperament, attention, and developmental psychopathology. *In*: CICCHETTI, D.; COHEN, D. J. (ed.). **Manual of developmental psychopathology: theory and methods**. New York: John Wiley and Song, 1995. p. 315-355.

ROTHBART, M. K. Temperament, development, and personality. **Curr. Dir. Psychol. Sci.**, New York, v. 16, n. 4, p. 207-212, 2016.

SANTOS, F. A. P. S.; ENDERS, B. C.; SANTOS, V. E. P.; DANTAS, D. N. A.; MIRANDA, L. S. M. V. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. e20160094, 2016.

PUTNAM, S. P.; HELBIG, A. H.; GARTSTEIN, M. A.; ROTHBART, M. K.; LEERKES, E.

Development and assessment of short and very short forms of the infant behavior questionnaire—revised. **J. Pers. Assess.**, London, v. 96, n. 4, p. 445-458, 2014.

SANTOS, F. A. P. S.; ENDERS, B. C.; SANTOS, V. E. P.; DANTAS, D. N. A.; MIRANDA, L. S. M. V. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 20160094, 2016.

SANTOS, I.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. F.; BARROS, A. J. D.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; MAGALHÃES, P. V. S.; BARBOSA, A. P. N.; BARROS, F. C. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, 2007.

SELIGMAN, M. E. P. **Desamparo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1977.

SILVA, S. M. A. **Vinculação materna durante a pós a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica da Saúde) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

SILVA, R.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; QUEVEDO, L.; BARBOSA, L.; MORAES, I.; HORTA, B.; PINHEIRO, R. Fatores sociodemográficos de risco de depressão perinatal: um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2012.

SHAPIRO, A. F.; JOLLEY, S. N.; SPIEKER, U. H.; SPIEKER, S. J. The effects of early postpartum depression on infant temperament. **Early Child Dev. Care**, London, p. 1-13, 2018.

SCHIAVO, R. A.; PEROSA, G. B. Desenvolvimento infantil, depressão materna e fatores associados: um estudo longitudinal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 30, p.1-9, 2020.

SCHMIDT, B.; BOLZE, S. D. A.; VIEIRA, M. L.; CREPALDO, M. A. Percepções parentais sobre o temperamento infantil e suas relações com as variáveis sociodemográficas das famílias. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 34, p. e3436, 2018.

SCHMIDT, B.; BOSSARDI, C. N.; GOMES, L. B.; CREPALDI, M. A.; VIEIRA, M. L. Temperamento de crianças em idade pré-escolar. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 377-384, 2013.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 211-220, 2009.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mão-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

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.**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 143-156, 2005.

SHAPIRO, A. F.; JOLLEY, S. N.; SPIEKER, U. H.; SPIEKER, S. J. The effects of early postpartum depression on infant temperament. **Early Child Dev. Care**, London, v. 190, n. 12, p. 1918-1930, 2018.

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.**, New York, v. 9, n. 1, p. 65-83, 2006.

STEIN, A.; MALMBERG, L. E.; SYLVA, K.; BARNES, J.; LEACH, P. FCCC TEAM. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. **Child. Care Health Dev.**, Oxford, v. 34, n. 5, p. 603-612, 2008.

TARABAN, L.; SHAW, D. S.; LEVE, L. D.; WILSON, M. N.; DISHION, T. J.; NATSUAKI, M. N. M.; REISS, D. Maternal depression and parenting in early childhood: Contextual influence of marital quality and social support in two samples. **Dev. Psychol.**, v. 53, n. 3, p. 436-449, 2017.

THIENGO, D. L.; SANTOS, J. F. C.; FONSECA, D. L.; ABELHA, L.; LOVISI, G. M. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 416-426, 2012.

THIENGO, D. L.; PEREIRA, P. K.; SANTOS, J. F. C.; CAVALCANTI, M. T.; LOVISI, G. M. Depressão durante a gestação e os desfechos na saúde do recém-nascido: coorte entre mães atendidas em unidade básica de saúde. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 214-220, 2012.

VILLASENŐR, C.; CALDERÓN, J. H.; GAYTÁN, E.; ROMERO, S.; DÍAZ-BARRIGA, F. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 41, p. 1-7, 2017.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VISMARA, L.; SECHI, C.; LUCARELLI, L. Reflective function in first-time mothers and fathers: association with infant temperament and parenting stress. **Eur. J. Trauma Dissociation**, Binghamton, fev. 2020.

ZACONETA, A. M.; QUEIROZ, I. F. B.; AMATO, A. A.; MOTTA, L. D. C.; CASU-LARI, L. A. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 130-135, 2013.

ZHANG, W.; FINIK, J.; DANA, K.; GLOVER, V.; HAM, J.; NOMURA, Y. Prenatal depression and infant temperament: the moderating role of placental gene expression. **Infancy**, Hoboken, v. 23, n. 2, p. 211-231, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and child mental health**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/). Acesso em: 1 set. 2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Obrigatório Para Pesquisas Científicas em Seres Humanos: Resolução CNS 466/12)

Em 2018, você participou da pesquisa **DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: OCORRÊNCIAS, DETERMINANTES E REPERCUSSÕES SOBRE A SAÚDE-MATERNAL INFANTIL**, que tinha por objetivo identificar a ocorrência de sintomas depressivos durante a gestação e entender como isso pode afetar a saúde da mãe e do bebê. Agora, que seu bebê já nasceu e deve ter por volta de 07 a 12 meses, gostaríamos de convidá-la, novamente, para participar de uma pesquisa, continuação da anterior.

Trata-se do trabalho: “**DEPRESSÃO MATERNA: ASSOCIAÇÃO COM A AUTORREGULAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA**” que tem por objetivo avaliar a relação entre a autorregulação das crianças no primeiro ano de vida com a saúde mental materna. Os resultados desta pesquisa, além de contribuir para o conhecimento do desenvolvimento de crianças pequenas, poderão ajudar os profissionais a fornecer orientações mais precisas às mães cujos filhos tem dificuldade de regular seu comportamento, o que pode prejudicar sua adaptação social.

Assim, solicito o seu consentimento para participar deste estudo. A coleta será realizada em seu domicílio, após contato telefônico e agendamento diante de sua disponibilidade. Será realizada, inicialmente, uma entrevista para coletar dados referentes à sua saúde e à do seu bebê e, posteriormente, se aplicará o mesmo questionário que você já respondeu durante a gravidez, para avaliar possíveis sintomas depressivos maternos. Finalmente, você responderá a um segundo questionário para avaliar o temperamento do seu bebê. A coleta de dados terá duração média de 20 a 30 minutos e ambos os questionários serão respondidos por você.

Destaco que a sua participação é voluntária, não havendo custo ou remuneração e você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo para você e para seu filho (a). Enfatizo que os dados coletados serão mantidos em sigilo e que você ou seu bebê não serão identificados.

Esclareço que sua participação é de suma importância para conseguirmos atingir os objetivos da pesquisa e conseguir divulgar os resultados com a finalidade de contribuir para um melhor atendimento em saúde.

Por avaliar aspectos emocionais, estou ciente que, caso a pesquisadora identifique questões emocionais e afetivas importantes, poderá me encaminhar para o serviço de referência para acompanhamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue à senhora devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608/ 1609, ou pelo endereço: Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

Sendo assim,

Eu, \_\_\_\_\_, RG n. \_\_\_\_\_, após ter lido e recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar desta pesquisa.

Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da entrevistada/ local e data

---

Assinatura da pesquisadora

Natália Vanzo Garcia, psicóloga, aluna do programa de mestrado em saúde coletiva, pesquisadora, email: natali-apsico94@gmail.com

Gimol Benzaquen Perosa, psicóloga, professora do Departamento de Psicologia, Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, orientadora, email: gimolperosa@gmail.com

## APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS DA MÃE E DO BEBÊ

### QUESTIONÁRIOS:

#### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Ens. Fund. Incompleto ( ) Ens. Fund. Completo ( ) Ens. médio incompleto

( ) Ens. Médio completo ( ) Ens. Superior Incompleto ( ) Ens. Superior completo

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

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Trabalha: ( ) sim, com \_\_\_\_\_ ( ) não

Reside com: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Gravidez foi: ( ) desejada ( ) indesejada ( ) inesperada, com aceitação

Teve abortamento anterior: ( ) sim ( ) não

Teve ameaça de abortamento nessa gestação: ( ) sim ( ) não

Teve algum problema de saúde durante a gestação, qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde, qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já passou por tratamento psiquiátrico? ( ) Sim, por que? \_\_\_\_\_ ( )

Não

Faz uso de álcool ou outras drogas ( ) sim, qual \_\_\_\_\_, quanto tempo \_\_\_\_\_ ( ) não

Durante a gestação, apresentou algum problema de saúde mental?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recebeu apoio durante a gestação? ( ) sim, de quem \_\_\_\_\_ ( ) Não

Recebe apoio durante o pós-parto? ( ) sim, de quem \_\_\_\_\_ ( ) Não

### QUESTIONÁRIO REFERENTE AO PARTO E NASCIMENTO

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

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 2500Kg ( ) a baixo de 2500Kg
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