



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LARISSA MADNA LEAL LEITE

**EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES VIVENCIADOS PELAS MÃES E  
DEPRESSÃO INFANTIL**

Recife

2018

LARISSA MADNA LEAL LEITE

**EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES VIVENCIADOS PELAS MÃES E  
DEPRESSÃO INFANTIL**

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

**Área de concentração:** Modo de vida, morbimortalidade e atenção à saúde.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Bernarda Ludermir

Recife

2018

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4 1790

L533e Leite, Larissa Madna Leal  
Eventos de vida estressantes vivenciados pelas mães e depressão infantil/  
Larissa Madna Leal Leite. – Recife, 2019.  
92f.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de  
Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.  
Inclui referências, apêndices e anexo.

1. Estresse. 2. Depressão. 3. Apoio social. 4. Eventos estressantes. 5.  
Depressão infantil. I. Ludermir, Ana Bernarda (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2019 - 189)

LARISSA MADNA LEAL LEITE

**EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES VIVENCIADOS PELAS MÃES E  
DEPRESSÃO INFANTIL**

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

Aprovada em: 29/08/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Bernarda Ludermir (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabete Pereira Silva (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Arleide da Silva (Examinador Externo)  
Instituto de Medicina Integral - IMIP

Às crianças que nos dão a chance de nos superarmos. Às mulheres que hora de flores, hora de aço carregam o dom divino de gerar em seu ventre um ser que vem para o mundo para trazer amor e luz. Aos homens que exercem seu real papel nessa experiência transformadora. À esta sincronicidade capaz de formar seres humanos livres para experienciarem o dom da VIDA.

## AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos à Universidade Federal de Pernambuco - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) por me proporcionar uma vivência de tanto aprendizado profissional e pessoal.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Bernarda Ludermir pela competência e paciência em me conduzir na construção deste trabalho.

À Elisabete Pereira Silva pela constante disponibilidade e pelas contribuições cedidas ao trabalho.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), cuja bolsa permitiu a realização deste mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que fizeram parte da realização desse objetivo tão almejado.

À secretaria do programa, em especial, José Moreira de Oliveira pela assistência de sempre.

Aos amigos da turma, em especial à Maria Tereza, Rosaline Bezerra e Taynan Barbosa, que me proporcionaram uma caminhada mais leve, cheia de risos e também de compartilhamento de angústias.

À minha amiga Ana Cristina e Alyne pelo carinho e incentivo constante.

Às amigas Alcielle, Anna Luisa, Caroline, Gabriela, Lívia e Luana pelos inúmeros momentos de risos que compartilhamos e pelo grande amadurecimento pessoal que me proporcionaram na vivência recifense.

Aos companheiros do Grupo EA Nova Vida pela espiritualidade e pelo abraço sincero que tanto me ajudaram nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, Paulo (*in memoriam*) e Lourdes por terem sido a base do meu caminhar nos estudos e também na vida.

Aos meus irmãos, Maria Paula e João Paulo por compartilharem desse momento de tamanha gratidão comigo.

Às minhas sobrinhas Paula Fernanda e Maria Beatriz por me trazerem gargalhadas e renovarem a esperança no amor através da leveza típica da criança.

À todos da minha família materna (Marinho Leal) e paterna (Leite), pelo constante carinho e apoio.

À Deus, por me cuidar com amor me fazendo enxergar que a vida é feita de recomeços diários e aprendizados constantes.

“Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz...” (SATER, 2000, p.14).

## RESUMO

A depressão infantil que por muito tempo acreditava-se não existir, vem sendo considerada um problema de saúde pública. As causas são variadas, uma destas refere-se aos eventos que ocorrem no ambiente familiar e que podem causar estresse. Os eventos de vida estressantes (EVE) aos quais muitas mães são expostas podem proporcionar o surgimento de problemas na criança e, a curto ou longo prazo, limitá-las emocional, comportamental, cognitivo e socialmente. Este é um estudo transversal, realizado entre 2013 e 2014, com 630 pares mãe-criança com o objetivo de investigar a associação dos eventos de vida estressantes sofridos pelas mães nos últimos 12 meses e a depressão nos seus filhos em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do Recife, que vem sendo conduzida desde 2005. A depressão na criança foi avaliada pelo *Short Mood and Feelings Questionnaire*. Os eventos de vida estressantes avaliados foram: problemas financeiros e conjugais, perda de contato, morte e doença na família, mudança de moradia; perda ou mudança de emprego, desemprego do marido e algum outro problema. A prevalência de mulheres que apresentaram alto escore de eventos de vida estressantes foi de 64,8% e dos casos suspeitos de depressão nas crianças foi de 15,7%. As crianças cujas mães relataram alto escore de eventos estressantes apresentaram maior chance de sofrer depressão infantil ( $OR_{ajustado} = 2,60$ ; IC 95%: 1,34-5,06). É necessário que profissionais que lidam com crianças sejam alertados para a elevada frequência de depressão infantil, o que pode facilitar a identificação precoce e estimular a implementação de intervenções que minimizem o prejuízo para a saúde mental da criança para que elas possam ter um crescimento e desenvolvimento saudáveis e uma vida mais plena e criativa.

Palavras-chave: Estresse. Depressão. Apoio social. Eventos estressantes. Depressão infantil.

## ABSTRACT

Child depression, which for a long time was believed to be non-existent, has been considered a public health problem. The causes are varied, one of which refers to events that occur in the family environment and that can cause stress. The stressful life events (SLE) to which many mothers are exposed, can give many problems to the child and, in a short or long time, limit them emotionally, behaviorally, cognitively and socially. This is a cross-sectional study, conducted between 2013 and 2014, with 630 mother-child pairs. The objective of this study was to investigate the association of stressful life events suffered by mothers in the last 12 months and depression in their children in a cohort of women enrolled in the Family Health Strategy of the Sanitary District II of Recife, which has been conducted since 2005. Depression in child was evaluated by the *Short Mood and Feelings Questionnaire*. The stressful life events evaluated were: financial and marital problems, loss of contact, death and illness in the family, change of dwelling; loss or change of job, husband's unemployment and some other problem. The prevalence of women who presented a high score of stressful life events was 64.8% and 15.7% of the suspected cases of depression in children. Children whose mothers reported a high SLE score had a higher chance of suffering depression (Adjusted OR= 2.60; 95% CI 1.34-5.06). Professionals dealing with children need to be alerted to the high frequency of childhood depression, which may facilitate the early identification of the disease. Encouraging the implementation of interventions that minimize harm to a child's mental health can lead to healthy growth and development and a fuller and more creative life.

Keywords: Stress. Depression. Social support. Stressful life events. Child depression.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Eventos de Vida Produtores de Estresse.....	29
Quadro 2 –	Short Mood and Feelings Questionnaire.....	31
Quadro 3 –	Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher.....	32
Quadro 4 –	Avaliação do apoio social recebido pelas mulheres.....	33
Quadro 5 –	Variáveis demográficas da criança.....	33
Figura 1 –	Contextos de desenvolvimento segundo Bronfenbrenner.....	21

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das características socioeconômicas e demográficas das mulheres e demográficas das crianças. Recife – Pernambuco, 2014-2014.....	50
Tabela 2 –	Frequência dos eventos de vida estressantes sofridos pelas mulheres nos últimos doze meses. Recife-PE, 2013-2014.....	51
Tabela 3 –	Frequência de sintomas de depressão infantil nas últimas duas semanas. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	52
Tabela 4 –	Análise bivariada entre características socioeconômicas e demográficas da mulher e demográficas da criança com os eventos de vida estressantes e depressão infantil. Recife - Pernambuco, 2013-2014.....	53
Tabela 5 –	Associação dos eventos de vida estressantes com a depressão infantil. Recife – Pernambuco, 2013-2014.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDI	Children's Depression Inventory
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EV	Eventos de Vida
EVE	Eventos de Vida Estressantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFQ	Mood and Feelings Questionnaire
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SAG	Síndrome da Adaptação Geral
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SMFQ	Short Mood and Feelings Questionnaire
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
VPI	Violência pelo Parceiro Íntimo
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	16
2.2	<b>Objetivos Específicos.....</b>	16
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>O estado de equilíbrio do corpo: saúde e doença.....</b>	17
<b>3.2</b>	<b>Eventos de vida estressantes.....</b>	17
<b>3.3</b>	<b>Depressão infantil.....</b>	20
<b>3.4</b>	<b>Apoio social.....</b>	23
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Local do estudo.....</b>	26
<b>4.2</b>	<b>Desenho do estudo e população.....</b>	27
<b>4.3</b>	<b>Definição das variáveis.....</b>	28
4.3.1	Variável independente.....	28
4.3.1.1	<i>Eventos de vida estressantes.....</i>	28
4.3.2	Variável dependente.....	29
4.3.2.1	<i>Depressão infantil.....</i>	29
4.3.3	Co-variáveis.....	31
4.3.3.1	<i>Aspectos socioeconômicos e demográficos da mulher.....</i>	31
4.3.3.2	<i>Apoio social.....</i>	32
4.3.3.3	<i>Aspectos socioeconômicos e demográficos da criança.....</i>	33
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos de coleta de dados.....</b>	34
4.4.1	Questionário da mulher (3ª etapa).....	34
4.4.2	Questionário da criança (3ª etapa).....	34
<b>4.5</b>	<b>Plano de análise.....</b>	34
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>35</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Artigo original – Eventos de vida estressantes vivenciados pelas mães e depressão infantil.....</b>	36
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS).....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENORES DE 18 ANOS).....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA 3ª ETAPA (MULHER).....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DA 3ª ETAPA (CRIANÇA).....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo da saúde emocional na infância tem despertado interesse no meio acadêmico e vem sendo explorado nos últimos anos devido a suas implicações para o funcionamento do indivíduo em etapas posteriores do desenvolvimento. De acordo com a literatura, problemas na saúde mental infantil podem estar relacionados a fatores genéticos (FEITOSA et al., 2011), biológicos (prematividade, baixo peso, desnutrição, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento) (MATOS et al., 2015), fatores psicossociais (desestruturação familiar, dificuldade de acesso à saúde e educação) (SANTOS; PACHECO, 2012), situações no âmbito familiar que são indutoras de estresse (SCHNEIDER, 2017), assim como exposição dos menores a maus tratos e negligência (CHAVEZ-HERNANDEZ et al., 2017).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2012), estima-se que as crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial. Na literatura internacional, a prevalência de transtornos mentais nessa população é de aproximadamente 10 a 20% (KIELING et al., 2011). No Brasil, foram encontradas prevalências de 1% a 20,3% (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Estimativas apontam que, no mundo, uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes apresenta algum transtorno mental (PATEL et al., 2007).

Todo o período que precede o nascimento do bebê quando experienciado de forma harmoniosa em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e psíquicos proporciona um desenvolvimento saudável da criança. A qualidade das relações afetivas com a família, especialmente com a figura da mãe, exerce papel fundamental, sendo a condição emocional materna fator de grande relevância para o desenvolvimento infantil (PAVONI et al., 2015). Por outro lado, a exposição da criança a situações de risco quer sejam individuais, ambientais ou contextuais podem comprometer negativamente a sua saúde, bem-estar ou performance social (RAMIRES et al., 2009).

Dentre os eventos de vida experimentados pelas mulheres, existem aqueles que são produtores de estresse. Estes eventos estão relacionados a condições de saúde mental, como a depressão, ansiedade e sofrimento emocional inespecífico. Os eventos de vida estressantes (EVE) geram um alto grau de tensão ocasionando um desequilíbrio interno no organismo e influenciando nas respostas dos indivíduos a nível físico e psicológico. No ambiente familiar, morte de familiares, doença, problemas conjugais e financeiros são alguns dos EVE (MATOS et al., 2015).

A literatura mostra que história familiar de eventos de vida estressantes são fatores de risco estabelecidos para o desenvolvimento da depressão nas crianças (LUBY; BELDEN; SPITZNAGEL, 2006). Um fator de proteção que pode minimizar os efeitos dos EVE e que tem sido explorado na literatura é o apoio social (MORAIS et al., 2017).

Diante das adversidades que surgem ao longo da vida, o apoio social é capaz de conferir proteção aos indivíduos (LEE; GOLDSTEIN, 2016). Caracteriza-se por recursos fornecidos por outras pessoas, podendo ser no âmbito emocional, que envolve manifestações de amor e afeto; instrumental, referente aos auxílios materiais, ajuda em atividades práticas e financeiras; de informação, com intuito de lidar com problemas e suas resolubilidades; e o de interação social, ou seja, a disponibilidade de pessoas para se divertir e relaxar (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Um dos transtornos mentais que pode ser desencadeado ainda na infância é a depressão. Durante muito tempo pensava-se que nesta fase raramente ocorriam episódios da referida patologia (MOLL et al., 2015). O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos só reconheceu oficialmente a existência da depressão infantil a partir de 1975 (BAUER, 2007), antes disso, era dada como inexistente (LIMA, 2004).

Entende-se que se trata de um transtorno de humor que provoca inconstância nas dimensões biopsicossociais, interferindo nas dimensões físicas, comportamentais, cognitivas e sociais da criança. Em decorrência do pouco conhecimento sobre o assunto, muitas crianças não recebem ajuda e sofrem caladas, pela própria inabilidade em expressar o que estão sentindo (FERNANDES; MILANI, 2010). A patologia apresenta-se como depressão maior ou como distímia (GEIB, 2012). Na primeira, a criança pode apresentar sintomas agressivos ou de isolamento (ETAPECHUSK; FERNANDES, 2018). Já na distímia, forma mais leve, os sintomas são mau humor, falta de prazer e sentimento de negatividade recorrente (GEIB, 2012).

O objetivo do presente estudo foi investigar a associação da exposição da mãe aos eventos de vida estressantes nos últimos 12 meses e os sintomas de depressão nos seus filhos no início da escolaridade formal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar a associação dos eventos de vida estressantes (EVE) sofridos pelas mães e a depressão nos seus filhos.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever as características socioeconômicas e demográficas das mulheres e demográficas das crianças;
2. Estimar a prevalência dos EVE nas mães;
3. Estimar a prevalência da depressão nas crianças;
4. Analisar a associação dos EVE sofridos pelas mães com suas características socioeconômicas e demográficas e com as características demográficas das crianças;
5. Analisar a associação da depressão em crianças com suas características demográficas;
6. Analisar a associação da depressão em crianças com as características socioeconômicas e demográficas das suas mães;
7. Analisar a associação da exposição da mãe aos EVE e a prevalência de depressão nas crianças.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O estado de equilíbrio do corpo: saúde e doença

O médico fisiologista W.B. Cannon (1946) em sua obra intitulada *A sabedoria do corpo* difundiu o conceito por ele desenvolvido de homeostase como sendo a competência que os organismos vivos têm em manter ou voltar ao seu estado de equilíbrio quando este se encontra alterado por situações adversas (RODRIGUES, 2013; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015). A sobrevivência dos organismos depende então do conjunto de processos biológicos que possibilitam sua integridade estrutural e, secundariamente, funcional (GRIJALBA-UCHE; ECHARTE, 2015).

O estado de equilíbrio em questão nos remonta ainda ao que postulou o Pai da Medicina, Hipócrates, que definiu a saúde como sendo baseada a partir da interação equilibrada de quatro fluidos principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue (SCLIAR, 2007). Ele via o homem como unidade organizada onde a doença aparecia como resultado de uma desorganização desses quatro elementos (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006). Portanto, um conflito de ordem própria do organismo, somente este poderia solucionar essa desordem (DIAS; MOREIRA, 2011).

Muito além da questão de um balanço quantitativo que causa desarranjos nos sistemas dos organismos vivos, o médico e filósofo francês Georges Canguilhem em sua obra *O normal e o patológico*, de 1943, contrariou esse pensamento dominante restrito puramente aos aspectos biológicos. O corpo físico e seu equilíbrio/desequilíbrio é resultado das atividades do ambiente social e cultural em que vive. A normalidade consiste então na competência de adaptação e variação do organismo frente às transformações do meio externo e interno. Os ensaios de Canguilhem nos levam à reflexão sobre o que está inserido no processo saúde-doença, muito além do fisiológico. As relações interpessoais, as relações com o meio e a subjetividade do sujeito fazem parte da rede complexa que concebe o indivíduo como normal (ARBEX; SOUZA MENDONÇA, 2013; CANGUILHEM, 2011; PORTOCARRERO, 2009).

#### 3.2 Eventos de vida estressantes

O termo estresse foi utilizado primeiramente pela física, no século XIX e fazia referência ao grau de deformidade sofrido por um objeto quando submetido a uma tensão (ANDRADE, 2013; SILVA; SILVA; TAVEIRA, 2010). Utilizando-se da primeira nomenclatura e adaptando-a para o ramo da biologia, o fisiologista Hans Selye, em 1936, denominou estresse como sendo uma resposta inesperada e não específica do corpo a um

estressor ou circunstância estressante, onde haveria um processo de alterações neuroendócrinas, provocando desequilíbrio na homeostase (BUSNELLO; SCHAEFER; KRISTENSEN, 2009; FARO; PEREIRA, 2012; LORICCHIO; LEITE, 2012; MARGIS et al., 2003; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

Para Seyle (1946), a resposta ao estresse faz gerar a Síndrome da Adaptação Geral (SAG) caracterizada por três fases:

- **Alarme:** é a fase de choque inicial onde ocorre a ativação do sistema nervoso simpático, podendo aparecer sintomas como palidez, taquicardia, tensão, sudorese excessiva, sensação de esgotamento.
- **Resistência:** o organismo continua na tentativa de reestabelecer a homeostase liberando descargas de adrenalina na corrente sanguínea. A sintomatologia pode atingir a esfera psicossocial como ansiedade, medo, isolamento social, oscilação do apetite, impotência sexual e outros.
- **Exaustão:** nessa fase a capacidade de adaptação ao estressor se esgota, o alto consumo de energia assim como o excesso de atividade podem ocasionar o aparecimento de doenças orgânicas como também a morte do organismo (BUDDE; SILVA, 2014; MORTE; DEPS, 2015; NODARI et al., 2014; OLIVEIRA, 2006; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

Para Limongi-França et al. (2012) o estresse é definido como:

Uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo seu bem-estar ou sobrevivência.

Esta seria uma visão biopsicossocial, considerando os estímulos estressores provenientes tanto do meio externo (estímulos de ordem física ou social, como o trabalho), quanto do interno (pensamentos, emoções, fantasias e sentimentos, como angústia, medo, alegria e tristeza) (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

As reações do organismo frente às situações controversas que são passíveis de acontecer na história de vida das pessoas afetam, portanto, além da capacidade física. O comportamento mental e afetivo é posto a deriva, o estresse fisiológico tido como “normal”, aquele que motiva, estimula e que leva à superação de desafios chamado de *eustresse* pode dar vasão ao que aprisiona, que carrega emoções negativas e que se vivenciado de forma prolongada, pode desencadear um processo em que o estresse torna-se patológico, sendo denominado *distresse* (PAULINO et al., 2010; POLETO; KOLLER; DELL’AGLIO, 2009;

RODRIGUES; SANTOS; TOURINHO, 2016; SILVA, 2005; SILVA; LEONIDIO; FREITAS, 2015; SPARRENBERGER; SANTOS; LIMA, 2003).

O progresso histórico da sociedade marcado pela inserção dos acontecimentos políticos, socioeconômicos, culturais e tecnológicos repercute nos modos de comportamento das pessoas. As constantes mudanças demandam uma alta carga de energia do indivíduo para adaptar-se ao ambiente social, o que pode acarretar o chamado estresse psicossocial, explorado na literatura através dos eventos de vida (EV) (JANSEN et al., 2014). Tais eventos são responsáveis por influenciar o desenvolvimento humano, assim como orientam a personalidade do indivíduo, através do enfrentamento diante dos desafios (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

Os eventos de vida estressantes (EVE) são classificados em dependentes e independentes, o primeiro é reflexo de como o sujeito se comporta diante do meio, das relações interpessoais e de como estes fatores podem desencadear situações desfavoráveis. Por sua vez, os eventos independentes estão além da participação e controle do sujeito, são inevitáveis (MARGIS et al., 2003). Situações como mudança de emprego, separação conjugal, morte de familiares, dificuldades financeiras, experiência de doença (do próprio indivíduo ou na família) entre outros, são exemplos de eventos de vida independentes, ocorrendo a nível externo e que são capazes de gerar estresse (DINIZ et al., 2012; ESPER; FURTADO, 2010).

Para Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009) os eventos de vida são classificados em normativos ou não-normativos. Nos normativos estão inseridas ocorrências comuns inerentes à vida, como por exemplo, alfabetização na infância, aposentadoria na velhice. Já os eventos não-normativos são aqueles que ocorrem de forma imprevisível, estando relacionados aos eventos de vida classificados como independentes mencionados acima.

Esses eventos aumentam a probabilidade de consequências negativas acontecerem, sendo fatores de risco para a saúde mental (BENETTI et al., 2010; MORAIS; KOLLER; RAFFAELLI, 2010).

Diante das situações que demandam recursos psicológicos do sujeito, estes tendem a fazer uma avaliação cognitiva a cerca de aspectos como controlabilidade, previsibilidade e a extensão do evento. Situações incontroláveis ou imprevisíveis possuem maior probabilidade de serem percebidas como estressantes, pois permitem que se inicie um processo preparatório que reduz os efeitos nocivos do acontecimento. Situações que são controláveis e/ou previsíveis também podem ser percebidas como estressantes quando exigem muito do indivíduo ou desafiam sua autopercepção de capacidade (BAGARDI; HUTZ, 2011). Haja

vista o comprometimento que esses eventos podem causar a nível comportamental (MORAIS; KOLLER; RAFFAELLI, 2010), faz-se necessário avaliar a influência destes na performance social do indivíduo.

### 3.3 Depressão infantil

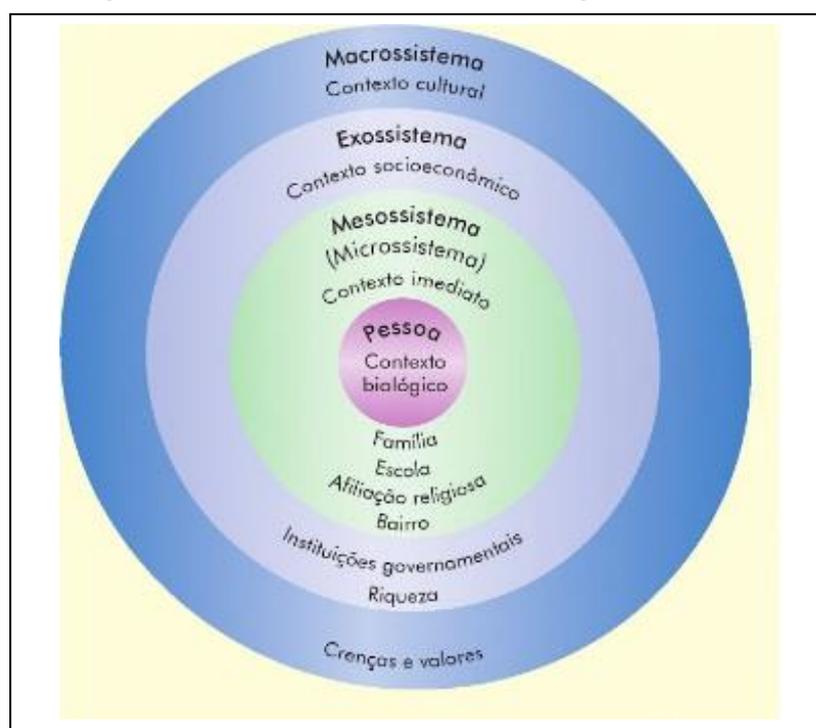
Estudos sobre a família têm sido contemplados no âmbito da psicologia do desenvolvimento. Na maioria das vezes, o que se pesquisa é a relação entre pais e filhos e como essas interações podem influenciar no desenvolvimento da criança ou do adolescente (ANTONI, 2000).

Segundo a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o desenvolvimento da pessoa resulta dos processos interativos e das modificações geradas de forma recíproca entre ela e o ambiente em que se insere (BRONFENBRENNER, 2011). Assim, Bronfenbrenner (1989) define a Ecologia do Desenvolvimento Humano como:

O estudo científico da progressiva acomodação mútua, durante todo o curso de vida, entre um ser humano ativo em crescimento e as propriedades em mudança nos contextos imediatos os quais a pessoa em desenvolvimento vive; nesse processo ela é afetada pelas relações entre esse contexto imediato e os distantes, estando todos estes contextos encaixados (p. 187).

Para Bronfenbrenner, existem quatro sistemas que fazem parte do processo de desenvolvimento humano (BARRETO, 2016). O sistema mais externo é denominado *macrossistema* (contexto cultural) que contém as crenças e valores da cultura na qual uma criança cresce. Em seguida, o *exossistema*, refere-se ao contexto socioeconômico, que inclui instituições que afetam o desenvolvimento das crianças, o financiamento para a educação é um exemplo. O sistema imediato, ou *microsistema*, corresponde às variáveis às quais as pessoas são diretamente expostas, como as famílias, escolas, igrejas. O sistema mais interno denomina-se *contexto biológico*, está ligado à composição genética e ao grau de desenvolvimento de uma criança (BOYD; BEE, 2011).

**Figura 1 – Contextos de desenvolvimento segundo Bronfenbrenner**



Fonte: Boyd e Bee, 2011.

A perspectiva de que o desenvolvimento humano resulta de uma interação homem/ambiente, sendo o homem visto como agente ativo, capaz de intervir no seu meio foi fortalecida por Bronfenbrenner através do conceito de *processos proximais* em 1995 (DINIZ; KOLLER, 2010). O processo atua como principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento e caracteriza-se pelas interações recíprocas que ocorrem de maneira gradativa, em termos de complexidade, entre as pessoas, objetos e símbolos presentes no microsistema (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). A referida forma de interação deve ocorrer de forma regular e em períodos de tempo longos, ressalta-se que os processos proximais diferem segundo características individuais, contextuais, espacial e temporal. Atividades entre crianças, brincar individualmente ou em grupo, ler, aprender novas habilidades estão entre os exemplos que contribuem para o desenvolvimento (BENETTI et al., 2013).

A contínua reciprocidade entre o indivíduo e o seu meio favorece a percepção de elementos importantes para o desenvolvimento humano. Especialmente na infância, período em que a criança se vê a partir dos “olhos dos outros”. Assim, a qualidade do desenvolvimento será fortemente influenciada pela dinâmica das relações, bem como dos afetos envolvidos entre a criança e o seu meio (DINIZ; KOLLER, 2010).

As experiências de apoio e estímulo provenientes das figuras cuidadoras vivenciadas pela criança reverberam na percepção de crenças dessas sobre si mesmas e sobre os outros. A criança adquire a capacidade de explorar seu ambiente com confiança, fazendo desenvolver seu senso de competência de acordo com a qualidade dessa interação. A personalidade em formação persiste e esses padrões iniciais de pensamento, sentimento e comportamento num ambiente que possui relacionamentos familiares favoráveis, estruturam essa criança de forma a lidar melhor diante das situações adversas, tornando-as mais resilientes (BOWLBY, 2002).

Numa pesquisa na qual se investigaram as características familiares que propiciam um desenvolvimento saudável foi encontrado apoio emocional, presença de práticas disciplinares coerentes e a existência de uma rede de apoio. Ou seja, fatores que permitem o estabelecimento de relações em que estejam presentes aspectos como a compreensão, tolerância. No entanto, foi identificado no mesmo estudo que descontrole nas relações familiares, falta de acolhimento e de responsabilização são elementos que poderão ser perturbadores ao desenvolvimento (DINIZ; KOLLER, 2010), e causar o aparecimento de sintomas depressivos na criança (BASTOS; MACHADO, 2019).

A depressão está presente na população mundial desde tempos remotos (PINHEIRO et al., 2017). Nas crianças, a detecção da depressão é algo recente, no entanto, como menciona Dias e Silva (2012), o clínico em pediatria e psiquiatria infantil, René Spitz, observou casos de depressão em crianças institucionalizadas no século XX, sendo um dos primeiros profissionais a citar a existência de depressão infantil.

As manifestações da depressão nas crianças e nos adultos são distintas, provavelmente por conta do processo de desenvolvimento que existe na infância e na adolescência (CAMPO, 2013). Assim, o estudo sobre a depressão nessa fase mostra-se relevante (SCHMITZ; BARROS, 2011). O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais DSM – 5 (2014), utilizado no diagnóstico formal, caracteriza a depressão ressaltando diferença quanto aos sintomas nas crianças e adolescentes:

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideia suicida, planos ou tentativas de suicídio.

Polaino e Domenech (1998), quanto à depressão infantil dizem que:

As crianças deprimidas não podem rir. E uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar; é uma criança enferma (...). As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive ao suicídio (p. 31).

As maiores dificuldades relatadas pelos pais quanto ao comportamento das crianças deprimidas são da ordem de interação, ou seja, a criança apresenta dificuldade em se relacionar com outras; são mais isoladas, o que as limitam em participar de atividades escolares, bem como de lazer em parques, centros esportivos, praças. É comum também aparecerem manifestações físicas como alteração no apetite, náuseas, vômitos, dores de cabeça, tonturas (BALLONE, 2003).

De acordo com Grillo e Silva (2004), o diagnóstico precoce da depressão infantil encontra obstáculos, pois, muitas vezes, os indícios podem ser confundidos como característicos da idade ou como flutuações normais. Bauer (2007) reforça que as crianças não saberiam expressar na fala seus sintomas, por falta de amadurecimento intelectual que as possibilitasse identificar e verbalizar a “dor moral”. Outra dificuldade encontrada é que os pais podem não acreditar ou ignorar os sintomas apresentados pelos filhos, assim, não procuram o tratamento (ANTUNES et al, 2016; DELA COLETA, 1995).

Buscando-se aperfeiçoar o diagnóstico da depressão infantil, foram desenvolvidos questionários direcionados às crianças, à família e à escola (SIGOLO, 2008). O uso do questionário é um método rápido e econômico que mede os sintomas através de escores (THAPAR; MCGUFFIN, 1998). O uso de tais instrumentos apresenta um papel de destaque para o crescimento do conhecimento científico, sobretudo, nas pesquisas realizadas com depressão infantil (PEREIRA; AMARAL, 2007).

### **3.4 Apoio social**

O apoio social tem sido explorado na literatura como sendo redutor dos danos causados pelos eventos estressores (ANTUNES; FONTAINE, 2005; ARAGAO et al., 2009), é entendido como qualquer ajuda ou assistência recebida por meio das relações sociais e interpessoais (REIS et al., 2016). O apoio funciona como um suporte fundamental durante os momentos de mudanças que exigem das pessoas novas adaptações (RAPOPORT; PICCININI, 2006), envolve todo suporte dado a um indivíduo na forma de informação, afeto,

companhia, (SAKURAMOTO; SQUASSONI; MATSUKURA, 2014), auxílio material, promovendo assim um bem estar emocional e/ou comportamental no indivíduo (GONÇALVES et al., 2011).

Apesar de o termo ter surgido entre as décadas de 1960 e 1970, desde o século XIX o sociólogo Emile Durkheim ressaltava a importância das relações interpessoais na saúde (MACEDO et al., 2018). No Brasil, os primeiros estudos que abordaram a relação do apoio social e aspectos de saúde em geral datam de 1987. Posteriormente, outros estudos relacionaram o apoio às doenças crônicas, vínculo mãe-filho e transtornos psiquiátricos (ALEXANDRE et al., 2011).

Cobb (1976), numa perspectiva mais clássica, define suporte social como informação que pode ser categorizada em: 1) informação que leva o sujeito a acreditar que é amado, e que se preocupam com ele; 2) informação que conduz o indivíduo a ter uma crença que é apreciado e que tem valor; e 3) informação que conduz o sujeito a se sentir pertencente a uma rede social de relações mútuas.

Países desenvolvidos têm discutido o papel do apoio social como um fator importante capaz de diminuir os níveis de estresse e ainda desenvolver mecanismos de adaptação nas situações vivenciadas pelas pessoas (GUIMARÃES; MELO, 2011). Ainda que os mecanismos específicos pelos quais o apoio social influencia na saúde ainda não tenham sido elucidados por completo, estudos apontam que o apoio atua como um tampão sobre o sistema imunológico, amenizando os efeitos patogênicos do estresse (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Segundo a literatura existem três aspectos que determinarão a qualidade do desenvolvimento emocional da criança, sendo eles: características próprias do indivíduo em que se inserem a autoestima, a orientação social positiva e a autonomia; o ambiente familiar permeado por laços afetivos que geram coesão familiar e possuir uma rede de apoio social disponível para auxiliar na superação de problemas que inevitavelmente irão ocorrer ao longo da vida. Estes três aspectos relacionam-se com o que Masten e Garmezy (1985) chamavam de fatores de proteção na década de 1980 quando investigavam o construto de resiliência (JULIANO; YUNES, 2014).

A presença de apoio social é capaz de elevar a autoestima, melhorar a adaptação dos indivíduos a condições adversas bem como promover a resiliência (ARAGÃO et al., 2017), as pessoas descobrem o potencial que possuem aumentando, portanto, a possibilidade de uma vida melhor (RODRIGUES; MADEIRA 2009). O sentir-se amado e ter amigos íntimos reduzem os níveis de ansiedade, depressão, somatização, assim como as consequências dos

eventos de vida estressantes (COSTA; LUDERMIR, 2005). O apoio social promove uma melhora não só na saúde mental como também na física, reduzindo a mortalidade em 50%, independente de variáveis como idade, sexo e outras condições de saúde (LIMA et al., 2018).

A relação entre saúde e apoio social é vista na literatura a partir de quatro dimensões:

- Atuando na proteção contra as perturbações ocasionadas pelo estresse, sendo visto como um mediador ou moderador do estresse;
- A ausência de apoio social é fonte de estresse, portanto esta falta por si própria gera o estresse;
- A perda do apoio social é uma condição estressante;
- O apoio social é benéfico, capaz de tornar as pessoas mais fortes para enfrentar os eventos da vida (GARCIA, 2013).

Assim como a literatura aponta uma variedade na conceituação do apoio social, existem também diversas formas de mensurá-lo. A depender da abordagem teórica podem ser utilizadas escalas, inventários e mapas de apoio social. O apoio pode ser avaliado a partir de três perspectivas: segundo a rede social do indivíduo, da integração deste a um grupo e as inter-relações entre eles; a partir do apoio recebido que avalia o que a pessoa recebe na atualidade e relata ter recebido anteriormente; e, por último, é possível avaliar o apoio percebido que avalia o apoio que o indivíduo acredita estar disponível se precisar (GONÇALVES et al., 2011).

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Local do estudo

Recife é dividida em oito distritos sanitários, sendo que para o desenvolvimento da pesquisa foi escolhido o II, que se limita com o município de Olinda, ao norte e ao leste, e com o DS III a Oeste e Sul. É composto por 19 bairros: Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho e Torreão (RECIFE, 2014).

O número de habitantes do DS II é de 221. 234, representando 14,38% da população recifense, sendo 53,74% mulheres e 46,25% homens (RECIFE, 2014). No que diz respeito à infraestrutura, o DS II apresentava 95,35% dos domicílios com abastecimento de água e 96,92% com coleta de lixo. Além disso, 51,58% dos domicílios possuíam fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,26% estavam ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2006).

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,51% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,79 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente. A ocupação do DS II é predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), nas quais residem em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS (RECIFE, 2006).

A rede de atenção à saúde na época do estudo era composta por 44 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 23 equipes de saúde bucal, quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 20 Unidades de Saúde da Família (USF). Essa rede representava uma cobertura em torno de 78% da população do DS II. A rede possuía ainda uma Unidade Básica de Saúde Tradicional, duas Policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo um infantil, um de transtorno mental e outro de álcool e drogas, quatro Residências Terapêuticas, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três farmácias da família, dois serviços de apoio diagnóstico, um Serviço de Pronto Atendimento

(SPA), uma unidade especializada em práticas integrativas e sete polos da academia da cidade (RECIFE, 2014).

#### **4.2 Desenho do estudo e população**

Este é um estudo transversal, inserido em um estudo de coorte prospectivo que foi realizado com mulheres cadastradas em todas as unidades de saúde da família do DSII da cidade do Recife. Foram conduzidas três etapas, onde a 1ª e a 2ª foram realizadas nos anos de 2005 e 2006, sendo parte integrante da pesquisa intitulada *“Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”*, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo: 403060/2004-4) e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit – Processo: 473545/2004-7).

O presente estudo é parte integrante da 3ª etapa da coorte, realizada nos anos de 2013 e 2014, intitulada *“Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos sete anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”*.

Na primeira fase, foram elegíveis 1.133 gestantes entre 18 e 49 anos, dessas, 1.121 (98,9%) foram entrevistadas, a partir da 31ª semana de gestação. As gestantes foram contatadas durante a consulta do pré-natal e as entrevistas realizadas antes ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF ou agendada para a data e local mais conveniente, visando mais conforto e segurança para as mesmas. Os contatos com as gestantes de alto risco, que não faziam o pré-natal na USF, e com aquelas que não frequentavam o pré-natal com regularidade, foram feitos no domicílio. Essas foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Na segunda fase, 1.057 puérperas foram re-entrevistadas, sendo que o contato foi feito através de lista para consulta de puericultura, disponibilizada pela Unidade de Saúde da Família (USF). Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura e

da inconveniência de entrevistá-las em companhia do bebê, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres.

A terceira fase da coorte entrevistou 644 (60,9%) mulheres que haviam participado da 2ª fase, sendo 649 crianças (5 pares de gêmeos) que haviam participado da 2ª fase. Neste período 19 crianças foram excluídas: quatro foram a óbito, duas crianças foram doadas a outras famílias, duas moravam com outros familiares, cinco pares de gêmeos com suas respectivas mães e uma por não ter dados completos para o SMFQ. A população do estudo foi constituída por 630 pares mãe-criança com dados completos.

Os dados foram coletados por profissionais de nível superior, treinadas e com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher, da criança ou violência. No treinamento foram enfatizadas questões éticas e a necessidade de se coletar informações precisas. Foram realizadas entrevistas simuladas, sendo também realizado estudo piloto no DS VI do Recife. Na pesquisa não houve entrevista direta às crianças e as informações foram referidas pela mãe.

### **4.3 Definição das variáveis**

#### 4.3.1 Variável independente

##### *4.3.1.1 Eventos de Vida Estressantes*

De acordo com a literatura, a escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967) é a mais utilizada para medir os *eventos de vida estressantes (EVE)* (SAVOIA, 1999). A escala apresenta uma lista de 26 acontecimentos considerados importantes. Esses eventos recebem escores que produzem uma probabilidade de que a criança venha a adoecer devido ao estresse em demasia (MATOS et al., 2015). No presente trabalho foi feito um ajuste na referida escala, resultando em 10 perguntas que versavam sobre: problemas financeiros e conjugais; perda de contato, morte e doença na família; mudança de moradia; perda ou mudança de emprego; desemprego do marido e algum outro problema. Tais perguntas poderiam ser respondidas pelas mães das crianças como: não (0); mais ou menos/sim (1). Foi definido um ponto de corte (2,0) onde os EVE foram classificados em alto escore ( $\geq 2,0$ ) e baixo escore ( $\leq 1,0$ ).

Quadro 1 – Eventos de Vida Estressantes

Itens	Não	Mais ou menos/sim
a) Problemas financeiros	0	1
b) Problemas conjugais	0	1
c) Recente perda de contato com familiares e/ou amigos	0	1
d) Morte na família	0	1
e) Doença séria na família	0	1
f) Mudança de casa / residência	0	1
g) Perda de emprego (dela)	0	1
h) Mudança de emprego (dela)	0	1
i) Desemprego do marido/companheiro (para as que têm)	0	1
j) Algum outro problema	0	1
<b>Interpretação</b>		
EVE alto	$\geq 2,0$	
EVE baixo	$\leq 1,0$	

#### 4.3.2 Variável dependente

##### 4.3.2.1 Depressão infantil

A variável dependente depressão infantil foi avaliada pelo *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*, que é uma versão abreviada do *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*, e foi desenvolvida por Angold et al.(1995), com 13 itens. Esse instrumento é utilizado para avaliar a sintomatologia depressiva em crianças/adolescentes questionando como estes vêm se sentindo ou agindo nas duas últimas semanas. Pode ser utilizado em crianças e adolescentes entre os 6 e 17 anos de idade e pelo menos entre os 6 e 11 anos possui propriedades de rastreio úteis. As perguntas, respondidas pela mãe, questionavam se a criança estava mal-humorada ou infeliz; não gostava de fazer nada; se sentia tão cansada que apenas ficava quieta e não fazia nada; se estava muito inquieta; se sentiu que não era mais uma criança boa; se chorou muito; se encontrou dificuldades para pensar adequadamente ou se

concentrar; se odiou a si mesma; se sentiu que era uma pessoa má; se estava se sentindo sozinha; se pensou que ninguém realmente a amava; se pensou que nunca poderia ser tão boa quanto às outras crianças; se sentiu que fazia tudo errado. As respostas podem ser: verdadeiro (2), algumas vezes (1) e não é verdadeiro (0). A pontuação máxima é 26, um valor  $\geq 8$  é considerado risco de depressão. Este ponto de corte foi utilizado neste estudo. O SMFQ leva cinco minutos ou menos para ser completado. Estão disponíveis versões paralelas para pais (SMFQ-P) e filhos (SMFQ-C). Angold et al. (1995), usando apenas o SMFQ-C, encontraram com um ponto de corte  $\geq 8$ , uma sensibilidade de 60%, especificidade de 85%, valor preditivo positivo de 80% e valor preditivo negativo de 68%. Quando a versão combinada (SMFQ-P + C) foi usada, encontraram sensibilidade de 70% e especificidade de 85%. Rhew et al. (2010) também encontraram uma maior acurácia quando aplicaram a versão combinada. Sharp et al. (2006) concluíram que o SMFQ é um instrumento adequado para identificar sintomas depressivos numa amostra comunitária de crianças de 7 a 11 anos e Messer et al. (1995) também indicam o SMFQ como uma medida breve e confiável de um núcleo do construto de depressão em crianças e adolescentes.

No Brasil foi realizada uma validação para uma amostra clínica de 124 adolescentes que procuraram fazer cirurgia plástica. As versões do *Short Mood and Feelings Questionnaire* criança/adolescente e pais apresentaram  $\alpha$ -Cronbach de 0,768 e 0,874, respectivamente, e apresentou boa confiabilidade inter-avaliador (intraclasse coeficiente de correlação, ICC = 0,757 e ICC = 0,853, respectivamente) e boa confiabilidade intra-avaliador (ICC = 0,738 e ICC = 0,796, respectivamente) (SUCUPIRA et al., 2017).

Comunicamo-nos com os autores do instrumento e recebemos autorização para aplicá-lo e validá-lo para o português, para uma amostra populacional. Foi realizada adaptação transcultural deste instrumento para o português, adaptando etapas sugeridas por Beaton et al. (2000) e Reichenheim et al. (2007). As etapas da Adaptação Transcultural foram: I. TRADUÇÕES: duas traduções do instrumento original em inglês para o português, realizadas de forma independente, por profissionais da língua portuguesa; II. RETRADUÇÕES: duas retraduições por profissionais de língua inglesa, de forma independente e ‘cega’ em relação ao perfil profissional dos que atuaram na etapa de tradução; III - AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA: avaliação externa por um 50 tradutor, proficiente e fluente nos 2 idiomas; IV - ELABORAÇÃO DE UMA VERSÃO SÍNTESE: identificação e encaminhamento de problemas de cada uma das etapas progressas para elaboração de uma versão-síntese; V - PRÉ-TESTE: pré-teste da nova versão.

Quadro 2 –Short Mood and Feelings Questionnaire

<b>Itens</b>	<b>Verdade</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Não é verdade</b>
a) Ela(e) estava mal-humorada(o) ou infeliz	2	1	0
b) Ela(e) não gostava de fazer nada	2	1	0
c) Ela(e) se sentia tão cansada(o) que apenas ficava quieta(o) e não fazia nada	2	1	0
d) Ela(e) estava muito inquieta(o)	2	1	0
e) Ela(e) sentiu que não era mais uma criança boa	2	1	0
f) Ela(e) chorou muito	2	1	0
g) Ela(e) encontrou dificuldade para pensar adequadamente ou se concentrar	2	1	0
h) Ela(e) odiou a si mesma(o)	2	1	0
i) Ela(e) sentiu que era uma pessoa má	2	1	0
j) Ela(e) se sentiu sozinha(o)	2	1	0
k) Ela(e) pensou que ninguém realmente a(o) amava	2	1	0
l) Ela(e) pensou que nunca poderia ser tão boa(bom) quanto as outras crianças	2	1	0
m) Ela(e) sentiu que fazia tudo errado	2	1	0

#### 4.3.3 Co-variáveis

##### 4.3.3.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos da mulher

As características socioeconômicas e demográficas da mulher foram avaliadas da seguinte forma:

Quadro 3 – Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher

Variável	Definição	Categorização
Idade em anos	Categorizada em grupos etários	$\geq 28$ anos $\leq 27$ anos
Etnia	Avaliada segundo autoclassificação	Branca Não branca
Situação conjugal	Se a mulher tem marido/companheiro	Sim Não
Escolaridade	Anos de estudo	Entre 0 e 4 $\geq 5$
Renda mensal	Calculada com base no salário mínimo de 2013	Sem renda/ <1 salário $\geq 1$ salário
Moradia Própria	Se a casa da entrevistada é própria	Sim Não
Chefe do domicílio	Se a entrevistada é a chefe do domicílio	Sim Não

#### 4.3.3.2 Apoio social

O apoio social foi avaliado pela versão em português do Medical Outcomes Study Questions — Social Support Survey (MOS-SSS). O MOS-SSS foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1991) e validado no Brasil por Griep et al. (2005) é um instrumento rápido, multidimensional, de fácil administração e compreensão. É composto por 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), afetivo, emocional, de informação e de companhia ou interação social. Suas perguntas podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes que variam de nunca (1) a sempre (5), efetuando-se, em seguida, a soma dos pontos obtidos em cada pergunta. O valor 0 foi atribuído aos itens não respondidos. As mulheres foram agrupadas em duas categorias de apoio social: baixo apoio social (0 a 33 pontos) e alto apoio social (34 pontos ao máximo).

Quadro 4 – Avaliação do apoio social recebido pelas mulheres

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Categorização</b>
Apoio social	Com que frequência a mulher conta com alguém diante de dificuldades nas seguintes dimensões funcionais: material, afetiva, emocional, de informação e interação	Nunca. Raramente. Algumas vezes. Muitas vezes. Sempre

#### 4.3.3.3 Aspectos demográficos da criança

As variáveis demográficas relacionadas à criança foram obtidas através da seguinte forma:

Quadro 5 – Variáveis demográficas da criança

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Idade	Idade da criança, em anos. Categorizada em grupos etários	6-7 8-9
Sexo	A categoria a qual pertence a criança	Masculino Feminino
Frequentou creche	Se a criança frequentou creche antes de iniciar a escolaridade formal	Sim Não
Tipo de escola	Qual a categoria da escola	Pública Privada
Ter irmãos	Se a criança tem irmãos	Sim Não

## 4.4 Instrumentos de coleta de dados

### 4.4.1 Questionário da mulher (3ª etapa)

O questionário da mulher (APÊNDICE C) é composto por 8 seções, sendo que para o presente estudo foram utilizadas a seção das características socioeconômicas e demográficas da mulher, apoio social e eventos vitais produtores de estresse.

### 4.4.2 Questionário sobre a criança (3ª etapa)

O questionário da criança (APÊNDICE D) é composto por 9 seções, entretanto, para o presente estudo foram utilizadas as de número 9 (identificação da criança) e 13 (Short Mood and Feelings Questionnaire – SMFQ – versão pais).

## 4.5 Plano de análise

A entrada de dados foi realizada no Programa Epi-Info versão 3.5.4, através de entrada dupla de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação, sendo realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13.1 para Windows.

Inicialmente foi feita a descrição das variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher e demográficas da criança, além de estimadas a frequência dos EVE e da depressão infantil. A associação entre os EVE enfrentados pelas mulheres (variável independente) e a depressão infantil (variável dependente) foi estimada pelo *Odds Ratio (OR)*, considerando o intervalo de confiança a 95%. Para a análise dos possíveis fatores de confundimento foi avaliada a associação entre as covariáveis e a variável de exposição (EVE) e entre as covariáveis e o desfecho (depressão infantil). As covariáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que, no presente estudo, mostraram-se associadas com os EVE e a depressão infantil com valor de  $p < 0,20$ .

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista e as avaliações, tentando assegurar proteção às mulheres e suas crianças.

Os questionários da pesquisa foram enumerados e guardados imediatamente após a entrevista. Esse questionário constava de dois **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B)**, um para a mulher e outro referente à criança que foram lidos no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

No que se refere aos benefícios, foram elaborados miniguias de serviços em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policial especializados no atendimento a mulheres em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberam os miniguias após o encerramento da entrevista. Para a terceira etapa, atualizamos as informações sobre os serviços disponíveis para o atendimento das mulheres e acrescentamos informações sobre serviços especializados no atendimento a crianças.

Em situações de violência severa atual, as mulheres foram orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças.

O projeto, da terceira etapa, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (**APÊNDICE E**) da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Artigo original

#### EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES VIVENCIADOS PELAS MÃES E DEPRESSÃO INFANTIL

##### INTRODUÇÃO

O estudo da saúde mental na infância tem despertado interesse no meio acadêmico nos últimos anos, devido a suas implicações para o funcionamento do indivíduo em etapas posteriores do desenvolvimento. De acordo com a literatura, problemas na saúde mental infantil podem estar relacionados a fatores psicossociais (situações no âmbito familiar que são indutoras de estresse, assim como exposição das crianças a maus tratos e negligência); genéticos (história familiar de transtorno mental); biológicos (prematuridade, baixo peso, desnutrição, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento); e ambientais (violência urbana).<sup>1</sup>

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>2</sup>, as crianças e adolescentes representam, respectivamente, cerca de 30% e 14,2% da população mundial. A prevalência de transtornos mentais nessa população, no mundo, é de aproximadamente 10 a 20%<sup>3</sup>. No Brasil, foram encontradas prevalências de 1%<sup>4</sup> a 20,3%<sup>5</sup>.

Todo o período que precede o nascimento do bebê quando experienciado de forma harmoniosa em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e psíquicos proporciona um desenvolvimento saudável da criança. A qualidade das relações afetivas com a família, especialmente com a figura da mãe, exerce papel fundamental, sendo a condição emocional materna fator de relevância para o desenvolvimento infantil<sup>6</sup>. Por outro lado, a exposição da criança a situações de risco, quer sejam individuais ambientais ou contextuais, podem comprometer negativamente a sua saúde, bem-estar ou desempenho social<sup>7</sup>.

Dentre os eventos de vida experimentados pelas mulheres, existem aqueles que são produtores de estresse. Estes eventos estão relacionados a condições de saúde mental, como a depressão, ansiedade e sofrimento emocional inespecífico. Os eventos de vida estressantes (EVE) geram um alto grau de tensão, ocasionando um desequilíbrio interno no organismo e influenciando as respostas dos indivíduos a nível físico e psicológico. No ambiente familiar, morte de familiares, doença, problemas conjugais e financeiros são alguns dos EVE<sup>8</sup>.

A literatura mostra que história familiar de EVE é fator de risco estabelecido para o desenvolvimento da depressão nas crianças<sup>9</sup>. Um fator de proteção que pode minimizar os

efeitos dos EVE e que tem sido explorado na literatura é o apoio social<sup>10</sup>. O apoio social é definido como qualquer informação, falada ou não, auxílio emocional e/ou financeiro que pessoas que se conhecem proporcionam umas as outras, resultando em benefícios emocionais e/ou comportamentais<sup>11</sup>. A ação do apoio social pode funcionar como um mediador frente aos diferentes níveis de estresse em que o primeiro minimiza o segundo (*efeito buffer*), ou através de um mecanismo direto, "*tamponando*" a resposta do organismo diante de contextos desfavoráveis<sup>12</sup>. Assim, usufruir de cuidados emocionais, amizades com intimidade e confidencialidade está relacionado a baixos níveis de ansiedade, depressão e somatizações, podendo diminuir os efeitos negativos dos eventos de vida estressantes<sup>13</sup>.

Um dos transtornos mentais que pode ser desencadeado ainda na infância é a depressão. Durante muito tempo pensava-se que nesta fase raramente ocorriam episódios da referida patologia<sup>14</sup>. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos só reconheceu oficialmente a existência da depressão infantil a partir de 1975<sup>15</sup>.

Entende-se que se trata de um transtorno de humor que interfere negativamente nas dimensões físicas, comportamentais, cognitivas e sociais da criança. Em decorrência do pouco conhecimento sobre o assunto, muitas crianças não recebem a devida atenção e cuidado, o que é agravado pela própria inabilidade das crianças em expressar o que estão sentindo<sup>16</sup>.

O objetivo do presente estudo foi investigar a associação da exposição da mãe aos eventos de vida estressantes nos últimos 12 meses e os sintomas de depressão nos seus filhos no início da escolaridade formal.

## MÉTODOS

Este é um estudo transversal realizado no Distrito Sanitário II do Recife, PE, entre julho de 2013 e dezembro 2014, com mulheres e crianças participantes da terceira fase de um estudo de coorte prospectivo delineado para investigar as consequências da violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos sete anos para a saúde mental da mulher e para o desenvolvimento psicossocial de crianças nascidas entre julho de 2005 e outubro de 2006.

No estudo de coorte foram conduzidas três fases de coleta de dados. As duas primeiras ocorreram nos anos de 2005 e 2006. Na primeira fase, todas as grávidas (n = 1.133), com idade de 18 a 49 anos, com 31 semanas ou mais de gestação, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário II do Recife foram consideradas elegíveis. Os

contatos com as gestantes que não faziam o pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF) e com aquelas que não realizavam pré-natal com regularidade foram feitos no domicílio. Essas gestantes foram identificadas a partir dos registros dos agentes comunitários de saúde e incluídas no estudo.

Das 1.133 mulheres elegíveis, 1.121 (98,9%) foram entrevistadas e, dessas, 1.057 foram re-entrevistadas no pós-parto (segunda fase). Para a presente pesquisa, terceira fase da coorte, foram entrevistadas 644 (60,9%) mulheres que participaram da segunda fase. Entre a segunda e a terceira fase cinco mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço e 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa. Dentre as crianças, quatro foram a óbito; duas crianças foram doadas a outras famílias; duas moravam com outros familiares; cinco pares de gêmeos e uma por não ter dados completos para o questionário de avaliação da depressão infantil foram excluídos do estudo com suas respectivas mães. A população do presente estudo foi constituída por 630 pares mãe-criança com dados completos.

Foi realizada a comparação de algumas características das mulheres que saíram do estudo com as que ficaram para avaliar a magnitude do viés de seleção. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e relatos de violência pelo parceiro íntimo (VPI) entre as mulheres que fizeram parte desta etapa do estudo e aquelas que não fizeram<sup>17</sup>.

De acordo com a literatura, a escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967) é a mais utilizada para medir os *eventos de vida estressantes (EVE)*<sup>18</sup>. A escala apresenta uma lista de 26 acontecimentos considerados importantes. Esses eventos recebem escores que produzem uma probabilidade de que a criança venha a adoecer devido ao estresse da mãe<sup>8</sup>. No presente estudo foi usada uma versão abreviada com 10 perguntas que versavam sobre: problemas financeiros e conjugais; perda de contato, morte e doença na família; mudança de moradia; perda ou mudança de emprego; desemprego do marido e algum outro problema. Tais perguntas poderiam ser respondidas pelas mães das crianças como: não (0); mais ou menos/sim (1). Foi definido um ponto de corte (2,0) onde os EVE foram classificados em alto escore ( $\geq 2,0$ ) e baixo escore ( $\leq 1,0$ ).

A variável dependente, depressão infantil, foi avaliada pelo *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*, que é uma versão abreviada do *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*, e foi desenvolvida por Angold et al.<sup>19</sup>, com 13 itens. Esse instrumento é utilizado para avaliar a sintomatologia depressiva em crianças/adolescentes questionando como estes vêm se

sentindo ou agindo nas duas últimas semanas. Pode ser utilizado em crianças e adolescentes entre os 6 e 17 anos de idade e entre os 6 e 11 anos possui boas propriedades psicométricas<sup>19</sup>. As perguntas, respondidas pela mãe, questionavam se a criança estava mal-humorada ou infeliz; não gostava de fazer nada; se sentia tão cansada que apenas ficava quieta e não fazia nada; se estava muito inquieta; se sentiu que não era mais uma criança boa; se chorou muito; se encontrou dificuldades para pensar adequadamente ou se concentrar; se odiou a si mesma; se sentiu que era uma pessoa má; se estava se sentindo sozinha; se pensou que ninguém realmente a amava; se pensou que nunca poderia ser tão boa quanto às outras crianças; se sentiu que fazia tudo errado. As respostas podem ser: verdadeiro (2), algumas vezes (1) e não é verdadeiro (0). A pontuação máxima é 26, um valor  $\geq 8$  é considerado risco de depressão. Este ponto de corte foi utilizado neste estudo. O SMFQ leva cinco minutos ou menos para ser completado. Estão disponíveis versões paralelas para pais (SMFQ-P) e filhos (SMFQ-C). Angold et al.<sup>19</sup>, usando apenas o SMFQ-C, encontraram com um ponto de corte  $\geq 8$ , uma sensibilidade de 60%, especificidade de 85%, valor preditivo positivo de 80% e valor preditivo negativo de 68%. Quando a versão combinada (SMFQ-P + C) foi usada, encontraram sensibilidade de 70% e especificidade de 85%. Rhew et al.<sup>20</sup> também encontraram uma maior acurácia quando aplicaram a versão combinada. Sharp et al.<sup>21</sup> concluíram que o SMFQ é um instrumento adequado para identificar sintomas depressivos numa amostra comunitária de crianças de 7 a 11 anos e Messer et al.<sup>22</sup> também indicam o SMFQ como uma medida breve e confiável de um núcleo do construto de depressão em crianças e adolescentes.

No Brasil foi realizada uma validação para uma amostra clínica de 124 adolescentes que procuraram fazer cirurgia plástica. As versões do *Short Mood and Feelings Questionnaire* criança/adolescente e pais apresentaram  $\alpha$ -Cronbach de 0,768 e 0,874, respectivamente, e apresentaram boa confiabilidade inter-avaliador (intraclasse coeficiente de correlação, ICC = 0,757 e ICC = 0,853, respectivamente) e boa confiabilidade intra-avaliador (ICC = 0,738 e ICC = 0,796, respectivamente)<sup>23</sup>.

Comunicamo-nos com os autores do instrumento e recebemos autorização para aplicá-lo e validá-lo para o português, para uma amostra populacional. Foi realizada adaptação transcultural deste instrumento para o português, adaptando etapas sugeridas por Beaton et al.<sup>24</sup> e Reichenheim et al.<sup>25</sup>. As etapas da Adaptação Transcultural foram: I- TRADUÇÕES: duas traduções do instrumento original em inglês para o português, realizadas de forma independente, por profissionais de língua portuguesa; II RETRADUÇÕES: duas retraduações por profissionais de língua inglesa, de forma independente e ‘cega’ em relação aos

profissionais que atuaram na etapa de tradução; III - AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA: avaliação externa por um tradutor, proficiente e fluente nos 2 idiomas; IV - ELABORAÇÃO DE UMA VERSÃO SÍNTESE: identificação e encaminhamento de problemas de cada uma das etapas pregressas para elaboração de uma versão-síntese; V - PRÉ-TESTE: pré-teste da nova versão.

O apoio social foi avaliado pela versão em português do *Medical Outcomes Study Questions — Social Support Survey (MOS-SSS)*. O MOS-SSS foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart<sup>26</sup> e validado no Brasil por Griep et al.<sup>27</sup>. É um instrumento rápido, multidimensional, de fácil administração e compreensão, sendo composto por 19 questões, contemplando cinco dimensões funcionais de apoio social: tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), afetivo, emocional, de informação e de companhia ou interação social. Suas perguntas podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes, variando de nunca (1) a sempre (5), efetuando-se, em seguida, a soma dos pontos obtidos em cada pergunta. O valor 0 foi atribuído aos itens não respondidos. As mulheres foram agrupadas em duas categorias de apoio social: baixo apoio social (0 a 33 pontos) e alto apoio social (34 pontos ao máximo).

As variáveis potencialmente confundidoras das mulheres foram: idade ( $\geq 28$  anos/  $\leq 27$  anos), etnia auto-referida (branca/não branca), situação conjugal (com companheiro/ sem companheiro), anos de estudo (entre 0 e 4/ $\geq 5$ ), renda mensal (sem renda/ $<1$  salário;  $\geq 1$  salário), moradia própria (sim/não), entrevistada como sendo chefe do domicílio (sim/não), apoio social recebido (alto/baixo).

Foram ainda avaliadas variáveis demográficas da criança: idade (6-7/8-9); sexo (masculino/feminino); irmãos (sim/não); frequentou creche (sim/não); tipo de escola (pública/privada).

Os dados foram digitados no programa Epi-Info versão 3.5.3 para Windows, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo *Validate* foi utilizado para checar os erros de digitação, sendo realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13.1 para Windows.

Inicialmente foi feita a descrição das variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher e demográficas da criança, além de estimadas as prevalências dos EVE e da depressão infantil. A significância estatística foi avaliada pelo teste Qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do  $p < 0,05$ . A associação entre os EVE enfrentados pelas mulheres (variável independente) e a depressão infantil (variável dependente) foi

estimada pelo *Odds Ratio* (OR), considerando o intervalo de confiança a 95%. A regressão logística foi utilizada para analisar a independência da associação dos EVE com a depressão infantil.

Para a análise dos possíveis fatores de confundimento foi avaliada a associação entre as covariáveis e a variável de exposição (EVE) e entre as covariáveis e o desfecho (depressão infantil). As covariáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que, no presente estudo, mostraram-se associadas com os EVE e a depressão infantil com valor de  $p < 0,20$ .

Este estudo investigou a associação entre EVE sofridos pelas mães e a depressão infantil, ambos os temas delicados e que geram constrangimento ou receio acerca das informações relatadas. Relembrar as experiências é algo difícil, causando medo e vergonha, tornando a mulher indisponível para falar sobre o tema. Para minimizar estas questões foram adotados cuidados como a garantia da confidencialidade, o direito de opção quanto ao local da entrevista e a seleção de entrevistadoras do sexo feminino e com experiência de pesquisa sobre saúde da mulher e da criança. Todos estes aspectos foram trabalhados durante os treinamentos das entrevistadoras.

A pesquisa cumpriu os requisitos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672).

## **RESULTADOS**

A distribuição das características socioeconômicas e demográficas da mulher indicaram predomínio de mulheres com idade igual ou superior a 28 anos (86,7%), não-brancas (82,2%) e com cinco anos ou mais de estudo (84,1%). Relataram ter companheiro 80,8% das mulheres e 66,4% não tinham renda ou recebiam menos que um salário mínimo. Das 630 entrevistadas, cerca de 69% possuíam moradia própria, 29% eram chefe do domicílio e 34% contavam com baixo apoio social (Tabela 1).

Segundo as características demográficas das crianças, 51,4% pertenciam à faixa etária de 8-9 anos. Pouco mais da metade era do sexo feminino (50,8%), e ainda 79% não eram filhos únicos. Não havia frequentado creche 88,4% das crianças, enquanto que no âmbito escolar 53% estudavam na rede pública (Tabela 1).

Das mulheres entrevistadas, 93% relataram ter experienciado algum tipo de evento estressante. Dentre as que relataram sofrer algum tipo de evento estressor, 64,8%

apresentaram alto escore de EVE. O problema mais frequente encontrado foi relacionado ao financeiro (66,2%), como indica a tabela 2.

A frequência de casos suspeitos de depressão nas crianças foi de 15,7%, resultado obtido através do *SMFQ* com ponto de corte  $\geq 8$ . Estar inquieto (a) nas últimas duas semanas foi o sintoma mais frequente nas crianças (26,2%) (Tabela 3).

A análise bivariada entre os eventos de vida estressantes e as variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher mostrou que as mulheres sem moradia própria (OR=1,49; IC 95% 1,04–2,15;  $p = 0,030$ ) e com baixo apoio social apresentaram maiores escores de EVE (OR=1,75; IC 95% 1,22–2,50;  $p = 0,002$ ). As mães das crianças que tinham irmãos, independente da quantidade, apresentaram maiores escores de EVE (Tabela 4).

Em relação à associação das características socioeconômicas e demográficas das mulheres e demográficas da criança com a depressão infantil, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foram: a mulher ser chefe do domicílio e ter baixo apoio social e as crianças com idade entre 8 e 9 anos e que estudavam em escola pública (Tabela 4).

A variável de confundimento apoio social (materna) entrou na análise multivariada. Os ORs bruto e ajustado da associação entre os EVE e a depressão infantil foram estatisticamente significantes. As mulheres com altos escores de EVE apresentaram maior chance (OR = 2,60; IC 95% 1,34-5,06;  $p = 0,005$ ) de ter criança com sintoma depressivo quando comparadas com as que apresentaram baixos escores de EVE (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Foi encontrada uma prevalência de 15,7% de sintomatologia depressiva entre as crianças. A revisão da literatura quanto à depressão infantil encontrou em mais da metade dos estudos uma variação de 5,9% a 12,9%<sup>1</sup>. Outros autores encontraram frequências de 35%<sup>28</sup> e 40%<sup>29</sup>.

É possível perceber uma variação existente entre a frequência da depressão infantil encontrada no presente estudo e nas demais pesquisas referidas. Estudo internacional também aponta variabilidade de 4 a 26,1%<sup>30</sup>. Coutinho et al.<sup>31</sup> relatam a dificuldade de realizar comparações já que existem muitas diferenças a nível econômico, cultural e pessoal entre as regiões dos estudos.

A falta de padronização de instrumento e do ponto de corte<sup>5</sup> para avaliar os sintomas da depressão infantil também existe. Vários instrumentos são utilizados nas pesquisas

epidemiológicas<sup>32</sup>. Utilizando ou não algum dos instrumentos disponíveis, a avaliação clínica se faz necessária para o diagnóstico da depressão infantil. É importante proceder ao tratamento, pois a depressão se não tratada pode perdurar até a vida adulta, comprometendo o desenvolvimento físico, comportamental e cognitivo da criança<sup>33</sup>.

As crianças de 8 e 9 anos apresentaram maior chance de estarem deprimidas em relação as de 6 e 7 anos. Estudo da literatura<sup>34</sup> aponta que a detecção de sintomas depressivos nas crianças geralmente surgem por volta dos 9 anos de idade. Muitas vezes essa detecção pode ser postergada pela dificuldade dos pais em perceber os sintomas nos seus filhos<sup>35</sup>. Alguns autores têm caracterizado os sintomas da depressão infantil por sexo e faixa etária. Dificuldade em resolver problemas, agressividade, baixa concentração, ideação suicida, baixa sociabilidade e solidão são alguns dos sintomas apresentados pelos meninos com idade entre 8 e 12 anos. As meninas podem apresentar maior anedonia, alteração no apetite, baixa autoestima, falta de esperança, rebaixamento de humor, sociabilidade reduzida, choro e vontade de chorar<sup>36</sup>.

Estudar em escola pública aumentou a probabilidade da depressão infantil (OR=1,68; IC95% 1,08-2,61). Este estudo abordou uma área com predominância de famílias com baixa renda que, frequentemente, matriculam seus filhos em escolas públicas. Um estudo avaliou a prevalência de depressão em escolares, sendo constatada uma maior proporção da depressão entre os estudantes de escola pública em comparação aos de escola privada. Fatores socioeconômicos, incluindo educação e renda dos pais, são significativamente diferentes entre os estudantes de escolas públicas e privadas<sup>37</sup>. Estes fatores possivelmente influenciam a maior prevalência de depressão entre aqueles de escolas públicas.

Quanto às variáveis maternas e a depressão infantil constatou-se que as mulheres chefe do domicílio apresentaram maior chance de ter filho deprimido (OR= 1,66). No Brasil, tem-se verificado o crescente número de famílias monoparentais, merecendo destaque àquelas em que a mulher assume o papel de chefia do domicílio. Sendo provedoras de seu próprio sustento e de suas famílias, muitas vezes, são vinculadas a trabalhos mal remunerados. Além disso, precisam cumprir as responsabilidades domésticas e de cuidado com os filhos<sup>38</sup>. Assim, essa dinâmica de adversidade pode reduzir a disponibilidade emocional da mãe para dar suporte ao filho, podendo predispor a ocorrência, manutenção ou agravamento de problemas nas crianças<sup>39</sup>.

As mães que apresentaram um baixo escore para apoio social tiveram maior chance de terem filhos com sintomas depressivos (OR=2,28). Pontes e Cantillino<sup>40</sup> relatam que ao não dispor de um apoio social, sobretudo em situações estressantes, as mães são menos

responsivas aos cuidados do filho. Também são identificados estudos que relacionam a maternidade e a criação dos filhos, dando ênfase de forma especial no apoio recebido pela mulher proveniente de seu parceiro e de sua família <sup>41</sup>. Como citado anteriormente o apoio social pode funcionar através de um mecanismo direto, "*tamponando*" a resposta do organismo diante de contextos desfavoráveis <sup>12</sup>. No entanto, não encontramos associação estatisticamente significativa quando testamos o efeito modificador do apoio social nos EVE.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <sup>42</sup> (2006) países em desenvolvimento possuem uma frequência significativamente maior de EVE em relação aos países desenvolvidos. Os problemas psicossociais são os mais associados ao crescente número desses eventos. São utilizados diversos instrumentos de avaliação dos EVE <sup>43</sup>, o que pode limitar comparações, visto que são feitas adaptações para atender às características das amostras de cada estudo.

Quanto às variáveis da criança, aquelas que tinham irmãos apresentaram 1,60 vezes maior chance de ter mãe estressada. Estudos que apresentam associação direta entre número de filhos e estresse materno são escassos na literatura. Foram encontrados dois estudos internacionais em que foi observado que indivíduos com filhos, não especificando a quantidade, tiveram escores maiores de estresse em comparação aos que não tinham filhos <sup>44</sup>. No nosso estudo, a associação pode ser explicada pela adversidade socioeconômica, a demanda por recursos financeiros, sociais e também emocionais para criar mais de um filho pode tornar a mulher mais vulnerável ao estresse. Estando ainda relacionados ao âmbito em questão, as mães que não tinham moradia própria e que tinham baixo apoio social também apresentaram maiores escores de EVE. Receber apoio através de cuidado, sentir-se amada diminui as consequências frente aos EVE <sup>13</sup>, sendo, portanto, fator de proteção contra o estresse <sup>45</sup>.

Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) <sup>46</sup>, analisando o contexto familiar e problemas de saúde mental infantil encontraram que o estresse materno mostrou-se associado aos sintomas de ansiedade/depressão na criança. Outro estudo internacional <sup>47</sup> investigou se a associação entre adversidade precoce (estando incluídas a depressão materna e eventos de vida) e sintomas emocionais em crianças varia de acordo com características individuais (genéticas). Mesmo alguns estudos indicando um papel de variação genética na emotividade, ansiedade e depressão em adultos, nenhum efeito direto foi observado nesta pesquisa. Já os eventos de vida foram associados a uma maior chance de sintomas emocionais nas crianças, estando de acordo com o resultado da presente pesquisa.

O presente estudo apresenta algumas limitações já que foi realizado em áreas nas quais prevaleciam famílias com nível socioeconômico baixo. Além disto, as informações se referiram a crianças dentro de um recorte de idade o que limita a possibilidade de generalizar os resultados para famílias com poder aquisitivo diferenciado bem como para crianças de outra faixa etária. A redução do número de participantes (perdas), em relação ao período anterior da coleta de dados, pode ter influenciado nas estimativas encontradas. No entanto, quando comparamos as mulheres entrevistadas na segunda etapa do estudo de coorte com as que não participaram do presente estudo, não encontramos diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Ao contrário da tendência natural onde se pensa que a infância é sinônimo de felicidade, ausência de preocupação ou de responsabilidade, as pesquisas mostram que as crianças podem sofrer de depressão. A vivência de situações estressantes no ambiente familiar pode desencadear a depressão infantil. É necessário que profissionais que lidam com crianças sejam alertados para a elevada frequência de depressão infantil, o que pode facilitar a identificação precoce e estimular a implementação de intervenções que minimizem o prejuízo para a saúde mental da criança para que elas possam ter um crescimento e desenvolvimento saudáveis e uma vida mais plena e criativa.

## REFERÊNCIAS

1. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: A systematic review. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63(4):360-372.
2. ONU (Organização das Nações Unidas). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012*. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.
3. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 2011; 378:1515-25.
4. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6):727-34.
5. Borges L, Santos AAA. Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias psicológicas* 2016; 10 (2):189-97.

6. Pavoni MP, Silva KA, Chaves CE, Dalbosco T, Baseggio DB. Privação de afeto e suas conseqüências: análise psicodinâmica a partir do filme: ‘Precisamos falar sobre Kevin’. *Revista de Psicologia da IMED* 2015; 7(2):80-88.
7. Ramires VRR, Passarini DS, Flores GG, Santos LG. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arq. Bras. Psicol* 2009; 61(2):1-14.
8. Matos MB, Cruz ACN, Dumith SC, Dias NC, Carret RBP, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20(7):2157-2163.
9. Luby JL, Belden AC, Spitznagel E. Risk factors for preschool depression: the mediating role of early stressful life events. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(12): 33.
10. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(6):e00032016.
11. Valla VV. Educação Popular, Saúde Comunitária e Apoio Social. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(Sup. 2):7-14.
12. Guimarães EC, Melo ECP. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 15, n. 1, p. 54-61.
13. Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):73-79.
14. Saint-Clair Bahls. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):63-7.
15. Marconi EVN. Depressão infantil: uma revisão bibliográfica. *Psicologia* 2017; 1-16.
16. Fernandes AM, Milani RG. A depressão infantil, o rendimento escolar e a autoeficácia: uma revisão de literatura. *Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas* 2010; 15(2):381-403.
17. Silva JMM, Lima MC, Ludermir AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:34.
18. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Rev Psiq Clin* 1999; 26: 57-67.

19. Angold A, Costello EJ, Messer SC. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *Int J Meth Psych Research* 1995; 5(4):237-249.
20. Rhew IC, Simpson K, Tracy M, Lymp J, McCauley E, Tsuang D, Stoep AV. Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010; 4(8):1-11.
21. Sharp C, Goodyer IM, Croudace TJ. The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A Unidimensional Item Response Theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year-old children. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34:365-377.
22. Messer SC, Angold A, Costello E, Loeber R, Vankamemen W, StouthamerLoeber M. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: Factor composition and structure across development. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:251-262.
23. Sucupira E, Sabino Neto M, Lima EL, Dini GM, Brito MJA, Ferreira LM. Short Mood and Feelings Questionnaire for screening children and adolescents for plastic surgery: cross-cultural validation study. *Sao Paulo Med J.* 2017; 135(6):518-28.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE* 2000; 25(24):3186–3191.
25. Reichenheim ME.; Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):665-73.
26. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
27. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3):703-714.
28. Álvares AM, Lobato GR. Um Estudo Exploratório da Incidência de Sintomas Depressivos em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. *Temas em Psicologia* 2013; 21(1):151-164.
29. Bandim JM, Sougey EB, Carvalho TFR. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *J Bras Psiq* 1995; 44:27-32.

30. Sokratis S, Christos Z, Despo P, Maria K. Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017; 11-7.
31. Coutinho MPL, Oliveira MX, Pereira DR, Santana IO. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica* 2014; 13(2):269-276.
32. Schwan S, Ramires VRR. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicol. Argum.* 2011; 29(67):457-468.
33. Huttel J, Kisxiner KA, Bonetti RA, Rosa MIPD. A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicologia argumento* 2017; v. 29, n. 64, p. 11-22.
34. Colavite J, Silva FF, Garbi JP, Silva MO, Ribeiro RA, Cardoso HF. Depressão: crianças também sofrem com essa doença. *Psicólogo in Formação* 2013; n, 17, p. 123-131.
35. Antunes HM, Campos CJG, Lima GMPA, Ferraz ILG. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo na infância: Estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia* 2016; 21(2):157-166.
36. Borges L, Pacheco JTB. Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia* 2018; 9(supl 3):132-148.
37. Singh MM, Gupta M, Grover S. Prevalence & factors associated with depression among schoolgoing adolescents in Chandigarh, north India. *The Indian journal of medical research* 2017; 146(2):205-215.
38. Pinto RMF, Micheletti FABO, Bernardes LM, Fernandes JMPA, Monteiro GV, Silva Magda LN, et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Serviço Social & Sociedade* 2011; 105:167-179.
39. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(Supl. 1):92-100.
40. Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63(4):290-298.
41. Gale NK, Kenyon S, MacArthur C, Jolly K, Hope L. Synthetic social support: Theorizing lay health worker interventions *Soc Sci Med* 2018; 196:96-105.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tábua da Vida* 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

43. Rizzini M, Santos AM, Silva AAM. Evidências de validade do instrumento Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE). *Rev Saúde Pública* 2018; 52:19.
44. Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Feranández-Abascal EG, Mañanes G. Determining factors for stress perception assessed with the perceived stress scale (PSS-4) in Spanish and Other European Samples. *Frontiers in Psychology* 2018; 9:37.
45. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2013; 21:3-17.
46. Ferriolli SHT, Marturano E M., Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(2):251-259.
47. Evans J, Xu K, Heron J, Enoch M-A, Araya R, Lewis G, Timpson N, Davies S, Nutt D, Goldman D. Emotional Symptoms in Children: The Effect of Maternal Depression, Life Events, and COMT Genotype. *Am J Med Genet* 2009; Part B (150B):209–218.

**Tabela 1:** Distribuição das características socioeconômicas e demográficas das mulheres e demográficas das crianças. Recife - Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis	N=630	%
<b>Maternas</b>		
<b>Idade (anos)</b>		
≥ 28	546	86,7
≤ 27	84	13,3
<b>Etnia</b>		
Branca	112	17,8
Não-branca	518	82,2
<b>Anos de estudo</b>		
≥ 5	530	84,1
0-4	100	15,9
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	509	80,8
Sem companheiro	121	19,2
<b>Renda</b>		
Sem renda/<1 salário mínimo	418	66,4
≥1 salário mínimo	212	33,6
<b>Moradia própria</b>		
Sim	434	68,9
Não	196	31,1
<b>Chefe do domicílio (Entrevistada)</b>		
Sim	183	29,0
Não	447	71,0
<b>Apoio Social</b>		
Alto	416	66,0
Baixo	214	34,0
<b>Da criança</b>		
<b>Idade (anos)</b>		
6-7	306	48,6
8-9	324	51,4
<b>Sexo</b>		
Feminino	320	50,8
Masculino	310	49,2
<b>Irmãos</b>		
Não	132	21,0
Sim	498	79,0
<b>Frequentou creche</b>		
Não	557	88,4
Sim	73	11,6
<b>Tipo de escola</b>		
Privada	296	47,0
Pública	334	53,0

**Tabela 2:** Frequência de eventos de vida estressantes sofridos pelas mães nos últimos doze meses. Recife - Pernambuco, 2013-2014.

EVE (N=630)	Sim		Não	
	N	%	n	%
Problemas financeiros	417	66,2	213	33,8
Morte na família	182	28,9	448	71,1
Doença séria na família	181	28,7	449	71,3
Problemas conjugais	172	27,3	458	72,7
Perda de contato com familiares e/ou amigos	128	20,3	502	79,7
Perda de emprego (mulher)	116	18,4	514	81,6
Desemprego do marido/companheiro para as que têm	110	17,5	520	82,5
Mudança de casa/residência	68	10,8	562	89,2
Mudança de emprego (mulher)	39	6,2	591	93,8
Outro problema	30	4,8	600	95,2
Total de casos de quem sofreu algum tipo de EVE	586	93,0	44	7,0

**Tabela 3:** Frequência de sintomas de depressão infantil nas últimas duas semanas. Recife - Pernambuco, 2013-2014.

SMFQ (N=630)	Verdadeiro	Algumas vezes	Não verdadeiro
	%	%	%
Ela(e) estava muito inquieta(o)	26,2	10,2	63,6
Ela(e) não gostava de fazer nada	15,4	15,7	68,9
Ela(e) pensou que ninguém realmente a(o) amava	15,1	6,3	78,6
Ela(e) chorou muito	12,9	12,4	74,7
Ela(e) estava mal humorado(a) ou infeliz	12,5	13,5	74,0
Ela(e) encontrou dificuldade para pensar adequadamente ou se concentrar	12,0	5,2	82,8
Ela(e) se sentia tão cansada (o) que apenas ficava quieta(o) e não fazia nada	10,0	11,1	78,9
Ela(e) se sentiu sozinha(o)	8,7	5,7	85,6
Ela(e) sentiu que fazia tudo errado	8,1	5,1	86,8
Ela(e) sentiu que não era mais uma criança boa	6,2	3,2	90,6
Ela(e) pensou que nunca poderia ser tão boa(bom) quanto as outras crianças	4,6	2,5	92,9
Ela(e) odiou a si mesma(o)	4,0	2,4	93,6
Ela(e) sentiu que era uma pessoa má	3,5	0,8	95,7

**Tabela 4:** Análise bivariada entre características socioeconômicas e demográficas da mulher e demográficas da criança com os eventos de vida estressantes e depressão infantil. Recife - Pernambuco, 2013-2014.

Variável	N=630 n (%)	Escore EVE						Escore SMFQ								
		Baixo		Alto		OR	IC 95%	p	< 8		≥ 8		OR	IC 95%	p	
		n	%	n	%				n	%	n	%				
<b>Materna</b>																
<b>Idade (anos)</b>																
≥28	546 (86,7)	198	89,2	348	85,3	1				458	86,2	88	88,9	1		
≤27	84 (13,3)	24	10,8	60	14,7	0,70	0,42-1,16	0,171		73	13,8	11	11,1	1,27	0,65-2,50	0,480
<b>Etnia</b>																
Branca	112 (17,8)	48	21,6	64	15,7	1				98	18,5	14	14,1	1		
Não-branca	518 (82,2)	174	78,4	344	84,3	0,67	0,44-1,02	0,064		433	81,5	85	85,9	0,73	0,40-1,33	0,304
<b>Anos de estudo</b>																
≥ 5	530 (84,1)	190	85,5	340	83,3	1				450	84,7	80	80,8	1		
0-4	100 (15,9)	32	14,4	68	16,7	0,84	0,53-1,31	0,460		81	15,3	19	19,2	0,76	0,43-1,32	0,326
<b>Situação conjugal</b>																
Com companheiro	509 (80,8)	175	78,8	334	81,9	1				435	81,9	74	74,7	1		
Sem companheiro	121 (19,2)	47	21,2	74	18,1	1,21	0,81-1,82	0,356		96	18,1	25	25,3	0,65	0,39-1,08	0,098
<b>Renda</b>																
≥1 salário mínimo	212 (33,6)	77	34,7	135	33,1	1				182	34,3	30	30,3	1		
Sem renda/<1 salário mínimo	418 (66,4)	145	65,3	273	66,9	0,93	0,66-1,31	0,685		349	65,7	69	69,7	0,83	0,52-1,33	0,443
<b>Moradia própria</b>																
Sim	434 (68,9)	165	74,3	269	65,9	1				368	69,3	66	66,7	1		
Não	196 (31,1)	57	25,7	139	33,1	1,49	1,04-2,15	0,030		163	30,7	33	33,3	1,13	0,71-1,78	0,603
<b>Chefe do domicílio (Entrevistada)</b>																
Não	447 (71,0)	161	72,5	286	70,1	1				386	72,7	61	61,6	1		
Sim	183 (29,0)	61	27,5	122	29,9	1,13	0,78-1,61	0,522		145	27,3	38	38,4	1,66	1,06-2,59	0,027

**Tabela 4:** Análise bivariada entre características socioeconômicas e demográficas da mulher e demográficas da criança com os eventos de vida estressantes e depressão infantil. Recife - Pernambuco, 2013-2014. (Continuação)

Variável	N=630 n (%)	Escore EVE						Escore SMFQ								
		Baixo		Alto		OR	IC 95%	p	< 8		≥ 8		OR	IC 95%	p	
		n	%	n	%				n	%	n	%				
<b>Apoio social</b>																
Alto	416 (66,0)	164	74,2	251	61,7	1				367	69,1	49	49,5	1		
Baixo	214 (34,0)	57	25,8	156	38,3	1,75	1,22-2,50	0,002		164	30,9	50	50,5	2,28	1,47-3,53	<0,001
<b>Da criança</b>																
<b>Idade (anos)</b>																
6-7	306 (48,6)	104	46,8	202	49,5	1				246	46,3	60	60,6	1		
8-9	324 (51,4)	118	53,2	206	50,5	1,11	0,80-1,54	0,523		285	53,7	39	39,4	1,78	1,15-2,76	0,010
<b>Sexo</b>																
Feminino	320 (50,8)	101	45,5	219	53,7	1				269	50,7	51	51,5	1		
Masculino	310 (49,2)	121	54,5	189	46,3	0,72	0,52-1,00	0,050		262	49,3	48	48,5	0,97	0,63-1,48	0,876
<b>Irmãos</b>																
Não	132 (21,0)	58	26,1	74	18,1	1				118	22,2	14	14,1	1		
Sim	498 (79,0)	164	73,9	334	81,9	1,60	1,08-2,36	0,019		413	77,8	85	85,9	1,73	0,95-3,16	0,073
<b>Frequentou creche</b>																
Não	557 (88,4)	202	91,0	355	87,0	1				474	89,3	83	83,8	1		
Sim	73 (11,6)	20	9,0	53	13,0	0,66	0,38-1,14	0,138		57	10,7	16	16,2	0,62	0,34-1,14	0,124
<b>Tipo de escola</b>																
Privada	296 (47,0)	114	51,3	182	44,6	1				260	49,0	36	36,4	1		
Pública	334 (53,0)	108	48,7	226	55,4	1,31	0,94-1,81	0,106		271	51,0	63	63,6	1,68	1,08-2,61	0,022

**Tabela 5:** Associação dos eventos de vida estressantes com a depressão infantil. Recife – Pernambuco, 2013-2014.

Variável (N=630)	Escore SMFQ				OR <sub>bruto</sub>	IC 95%	OR <sub>ajustado</sub> <sup>a</sup>	IC 95%
	< 8		≥ 8					
	n	%	N	%				
<b>Escore EVE</b>								
Baixo	203	38,2	19	19,2	1		1	
Alto	328	61,8	80	80,8	2,98	1,53-4,43	2,60	1,34-5,06
p					0,001		0,005	

<sup>a</sup> Ajustado para apoio social.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática da saúde mental tem despertado o interesse de ser estudada pela literatura, nosso estudo abordou o recorte da díade mãe e filho. Sabendo da importância da família como sendo o primeiro grupo social a fazer parte do desenvolvimento infantil, constata-se que a vivência da criança num ambiente com boas experiências afetivas influenciam positivamente na formação do indivíduo. Ademais, o vínculo saudável da criança, principalmente, com a figura materna favorecem o desenvolvimento de sua personalidade e comportamento social. Fazendo parte de todo esse cuidado para com a criança, está inserido o contexto em que a mesma vive. Os resultados encontrados mostram que as mães que são expostas a fatores estressantes têm maior chance de ter filho deprimido; a falta de apoio social também esteve associada tanto com maior escore de estresse na mãe, assim como com a depressão na criança. As mães que vivem em condições emocionais e econômicas desfavoráveis, que vivem uma condição de vulnerabilidade social e que muitas vezes assumem uma série de papéis podem ter maior dificuldade em estabelecer vínculos seguros com seus filhos. A teoria ecológica de Bronfenbrenner embasa os resultados, ou seja, o modo de ser das crianças muda de acordo com os contextos e interações em que vivem, fazendo parte desde o contexto biológico até o cultural, ou macrosistema.

O presente estudo apresenta algumas limitações já que foi realizado em áreas nas quais prevaleciam famílias com nível socioeconômico baixo. Além disto, as informações se referiram a crianças dentro de um recorte de idade o que limita a possibilidade de generalizar os resultados para famílias com poder aquisitivo diferenciado bem como para crianças de outra faixa etária. A redução do número de participantes (perdas), em relação ao período anterior da coleta de dados, poderia ter influenciado nas estimativas encontradas. No entanto, quando comparamos as mulheres entrevistadas na segunda etapa do estudo de coorte com as que não participaram do presente estudo, não encontramos diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Apesar das limitações apresentadas pelo estudo, os resultados encontrados referem à necessidade de aprimorar os investimentos na área da saúde mental mãe-filho; os problemas existem e precisam de intervenção para que se possa reduzir os danos

subsequentes. Sabendo que as adversidades da vida podem fragilizar a saúde mental materna e limitar a mulher no cuidado com o filho, salientamos que o intuito do nosso trabalho não foi culpar a mãe, mas sim trazer informação e aguçar o desejo de soluções para que a maternidade seja vivenciada da forma mais amorosa possível. Aos pequeninos a nossa igual preocupação em vê-los com possibilidade de uma vida mais plena, saudável e criativa.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. M. C. et al. (2011). Rede social de apoio no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Texto & Contexto Enfermagem**, 20(2), 241-246. Recuperado em 20 janeiro, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000200004>.
- ÁLVARES, A.M.; LOBATO, G.R. Um Estudo Exploratório da Incidência de Sintomas Depressivos em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional. **Temas em Psicologia** - 2013, Vol. 21, nº 1, 151 – 164.
- ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):925-934, 2002.
- ANDRADE, J.S. **Estresse ocupacional, hardiness e qualidade de vida profissional de policiais militares de uma cidade do interior de mato grosso do sul**. 2013. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS, 2013.
- ANGOLD, A. et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 5, p. 237-249, 1995.
- ANTONI, C. **Vulnerabilidade e resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas**. 2000. 179f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- ANTUNES, H.M. et al. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo na infância: Estudo qualitativo. **Estudos de Psicologia**, 21(2), abril a junho de 2016, 157-166.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, dez. 2005.
- ARAGÃO, E.I.S. et al. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia & foco**, v. 2, n. 1, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, jan./jun. 2009.
- ARAGÃO, E.I.S. et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7):2367-2374, 2017.
- ARBEX, A.P.S.; SOUZA, K.R.; MENDONÇA, A.L.O. Trabalho docente, readaptação e saúde: experiências dos professores de uma universidade pública. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. 2013.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 349-361, Apr. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02/08/2017.

BALLONE, G. J. **Depressão Infantil**. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html>. Atualizado em 2003. Acesso em: 22/09/2017. às 23:18.

BANDIM, J.M.; SOUGEY, E.B.; CARVALHO, T.F.R. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 44, 27-32, 1995.

BARDAGI, M. P.; HUTZ, C. S. Eventos estressores no contexto acadêmico: uma breve revisão da literatura brasileira. **Interação em Psicologia**, v. 15, n. 1, 2011.

BARRETO, A.C. Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a teoria bioecológica de urie bronfenbrenner. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 22, n. 2, p. 275-293, ago. 2016 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 maio 2019. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P275>.

BASTOS, E.M.; MACHADO, E.T.M. Psicodiagnóstico na depressão infantil. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências | Icó-Ceará | v.2 | n.1 | p. 604 - 620 | Jan-Abr | 2019**.

BAUER, A.D. **Sintomatologia depressiva infant-juvenil: aspectos psicológicos e relações com o desempenho acadêmico**. 2007. 182f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2007.

BEATON, D.E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BENETTI, I.C. et al. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, 9(16), 89-99.

BOCCHI, S.C.M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008; 16(1):15-23.

BORGES, L.; SANTOS, A.A.A. Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. **Ciencias psicológicas** 2016; 10 (2): 189 – 197.

BORGES, L.; PACHECO, J.T.B. Sintomas depressives, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3supl, p. 132-148, dez. 2018.

BOWLBY, J. **Apego e perda 1. A natureza do vínculo**. Martins Fontes, 2002.

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

BRONFENBRENNER, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), **Six theories of child development: revised formulations and current issues**. (pp. 185- 246). Greenwich: JAI.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Em Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.). **Handbook of child psychology**, Vol. 1: Theoretical models of human development (993-1028). New York: John Wiley.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano: tonando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BUDDE, C.; SILVA, N. Estratégias de enfrentamento ao estresse: aspectos históricos e epistemológicos. In: **Transformaciones en las Organizaciones del Trabajo**. Argentina. 1ed. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario, 2014. p. 43-50.

BUSNELLO, F. B.; SCHAEFER, L. S.; KRISTENSEN, C. H. Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem. **Psicol. esc. educ.**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 315-323, dez. 2009.

CAMPO, C.L.C. **Depressão infantil no âmbito da psicologia**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de pós-graduação em especialização em Saúde Mental, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ªed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2011. (Trabalho original publicado em 1943).

CASTRO, M.G.; ANDRADE, T.M.R.; MULLER, M.C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

CHAVEZ-HERNANDEZ, A. M. et al. Sintomatologia depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, v. 35, n. 3, p. 501-514, Dec. 2017. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242017000300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242017000300501&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4733>.

COOB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38,300-314.

COLAVITE, J. Depressão: crianças também sofrem com essa doença. **Psicólogo in Formação**, ano 17, n. 17 jan./dez. 2013.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, fev. 2005.

COUTINHO, M.P.L. et al. Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. **Avaliação Psicológica**, 2014. 13(2), 269-276.

DELA COLETA, M. F. **O Modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular** (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Brasília, DF. (1995).

DIAS, D.A.S.; MOREIRA, J.O. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. **Revista Psicologia & Saúde**, 3, n.1, 77-85, 2011.

DIAS, G. M.; SILVA, F. M. B. N. Psicopatologia do Pré-Escolar. In: ASSUMPCÃO Jr., F. B.; KUCZYNSKI, E. (Orgs.). **Tratado de Psiquiatria: da infância a adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 449-462.

DINIZ, E.; KOLLER, S.H. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 36, p. 65-76, 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602010000100006&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602010000100006>.

DINIZ, D.P. et al . Stressful life events and acute kidney injury in intensive and semi-intensive care unities. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 50-57, Mar. 2012.

ESPER, L.H.; FURTADO, E.F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) Nov; 6(Especial):368-86, 2010.

ETAPECHUSK. J; FERNANDES, L. R. S. Depressão sob o olhar gestáltico. **Psicologia.pt**. ISSN 1646-6977 Documento publicado em 18.02.2018.

EVANS, J. et al. Emotional Symptoms in Children: The Effect of Maternal Depression, Life Events, and COMT Genotype. **American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics** : The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics, 2009. 150B(2), 209–218. <http://doi.org/10.1002/ajmg.b.30789>.

FARO, A.; PEREIRA, M.E. Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, 64 (2):76-92, 2012.

FEITOSA, H.N. et al. Saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, 19(1), 259-275, 2011.

FERNANDES, A.M.; MILANI, R.G. A depressão infantil, o rendimento escolar e a autoeficácia: uma revisão de literatura. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 15, n. 2, jul./dez. 2010, p. 381-403 ISSN 1516-2664ISSN 1516-2664.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 2, p. 251-259, Apr. 2007.

FILGUEIRAS, J.C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 43(6): 727-34, 2004.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de Psicologia**, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 69-75.

GALE, N.K. et al.. Synthetic social support: Theorizing lay health worker interventions **Social Science & Medicine**, Volume 196, 2018, Pages 96-105, ISSN 0277-9536, <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.012>> Acesso em: 02 abr. 2018.

GARCIA, C.S. **O suporte social e o impacto na família de pacientes candidatos a transplante de fígado**. Dissertação de mestrado. 99f. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2013.

GEIB, C. P. **Depressão infantil**. 2012. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2012.

GRIEP, R.H. et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, n.3, p.703-714, 2005.

GRIJALBA-UCHE, M.; ECHARTE, L.E. Homeostasis y representaciones intelectuales: una aproximación a la conducta moral desde la teoría de la emoción de Antonio Damasio. **pers.bioét**. 2015; 19(1): 80-98. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.1.7.

GRILLO, E.; SILVA, R. J. M. da. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S21-S27, 2004.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, Mar. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300012&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 May 2018.

GUIMARAES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100008.gt6y7>

HOLMES, T.H.; RAHE, R.K. The Social Readjustment Rating Scale. **Journal of Psychosomatic Research** 4: 189-194,1967.  
HUTTEL, J. et al. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia argumento** 29 (64), 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2006). **Tábua da Vida 2005**. Rio de Janeiro: IBGE.

JANSEN, K. et al. Eventos de vida estressores e episódios de humor: uma amostra comunitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3941-3946, Sept. 2014.

JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção da resiliência. **Ambiente & Sociedade**, n São Paulo v. XVII, n. 3 n p. 135-154 n jul.-set. 2014.

KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**, 2011 October 22; 378: p. 1515-25.

LEE, C.S.; GOLDSTEIN, S. E. Loneliness, stress, and social support in young adulthood: does the source of support matter? **Journal of Youth and Adolescence** March 2016, Volume 45, Issue 3, pp 568–580.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **J. Pediatr.** (Rio Janeiro), v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004.

LIMA, L. et al . Adaptação e validação da Escala de Suporte Social Instrumental e Expressivo em idosos portugueses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e3096, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100384&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100384&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 maio 2019. Epub 29-Nov-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2647.3096>.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. et al. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LORICCHIO, T. M. B.; LEITE, J. R. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 11, n. 1, p. 37-47, abr. 2012.

LUBY, J.L.; BELDEN, A.C.; SPITZNAGEL, E. Risk factors for preschool depression: the mediating role of early stressful life events. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Volume 47, Issue 12. December 2006. <<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01672.x>>.

MACEDO, J. P. et al . A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte , v. 11, n. 2, p. 258-278, 2018 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202018000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000200006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 maio 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MARCONI, E.V.N. Depressão infantil: uma revisão bibliográfica. **Psicologia.pt** ISSN 1646-6977. Documento publicado em 25.06.2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1091.pdf>. Acesso em: 26. Dez. 2018.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Eds.) **Advances in Clinical Child Psychology**. Plenum Press, New York, 1985, p. 1-52.

MATOS, M.B. et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**.20(7):2157-2163, 2015.

MESSER, S.C. et al. Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: Factor composition and structure across development. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 5, p. 251-262, 1995.

MOLL, M.F. et al. Depressão infantil na ótica dos professores do ensino fundamental. **Journal of Nursing and Health**, v. 4, n. 2, p. 135-42, 2015.

MORAIS, A.O.D.S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 05]; 33(6): e00032016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605012&lng=en). Epub July 13, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00032016>.

MORAIS, N.A.; KOLLER, S. H.; RAFFAELLI, M. Eventos Estressores e Indicadores de Ajustamento entre Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social no Brasil. **Univ. Psychol.**, Bogotá, v. 9, n. 3, p. 787-806, Sept. 2010.

MORTE, S.V.R.B; DEPS, V.L. Prevenção e tratamento do estresse e da Síndrome de Burnout em professores da rede pública de ensino. **Linkscienceplace-Revista Científica Interdisciplinar**, v. 2, n. 1, 2015.

NODARI, N.L. et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 1, p. p. 61-74, 2014.

PAULINO, C.A. et al. Sintomas de estresse e tontura em estudantes de pós-graduação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, 2010; 2(1):15-26.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de stress. **Ensaio e Ciência**, v.1, n.1, p. 11-18, 2006.

ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global publichealth challenge. **Lancet**. 2007;369(9569):1302-13.

PAULINO, C.A. et al. Sintomas de estresse e tontura em estudantes de pós-graduação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, 2010;2(1):15-26.

PAVONI, M.P. et al. Privação de afeto e suas conseqüências: análise psicodinâmica a partir do filme: ‘Precisamos falar sobre Kevin’. **Revista de Psicologia da IMED**, 7(2): 80-88, 2015 - ISSN 2175-5027.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. Validade e precisão da escala de avaliação de depressão para crianças. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 6, n. 2, p. 189-204, dez. 2007.

PINHEIRO, M. N. et al. Identificação e compreensão de sintomas depressivos na infância em contexto escolar: desafios contemporâneos do educador. **Revista Pedagógica**, Chapecó, v. 19, n. 40, p. 155-171, jan./abr. 2017.

PINTO, R.M.F. et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serviço Social & Sociedade**, 2011. (105), 167-179.

POLAINO, A.; DOMENECH. E. L. (1998). **Las Depressiones Infantiles**. Madrid: Morata.

POLETO, M.; KOLLER, S.H.; DELL'AGLIO, D.D. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. **Ciênc Saúde Coletiva** 2009; 14(2):455-466.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 290-298, Dec. 2014

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 259p.

RAMIRES, V. R. R. et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 61, n. 2, p. 1-14, ago. 2009.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 25 maio 2018.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 4, p. 665-73, 2007.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009** (Aprovado na 7ª Conferência Municipal de Saúde). Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS; 2006.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017** / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. \_ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

REIS, M.S. et al. Mapeamento da literatura sobre a relação entre religiosidade, apoio social e atividade física. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, 2016 ;21(1):5-13.

RHEW, I.C. et al. Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 1-11, 2010.

- RIZZINI, M.; SANTOS, A.M.; SILVA, A.A.M. Evidências de validade do instrumento Eventos de Vida Produtores de Estresse (EVPE). **Revista de Saúde Pública**, 52, 19. Epub 26 de fevereiro de 2018.
- RODRIGUES, V.B.; MADEIRA, M. Suporte social e saúde mental: uma revisão de literatura. **Revista Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 390-399.
- RODRIGUES, L.P. Da fisiologia à Sociologia? Elementos para uma revisão da história teórica da sociologia sistêmica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.**, v. 28, no. 82/jun. 2013. p 165-178.
- RODRIGUES, C.C.F.M.; SANTOS, V.E.P.; TOURINHO, F. Estresse: normal ou patológico? **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.7, n.1, p.14.-21, 2016.
- SAKURAMOTO, S.M.; SQUASSONI, C.E.; MATSUKURA, T.S. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **Mundo da Saúde**, São Paulo - 2014;38(2):169-178.
- SANTOS, H.V.; PACHECO, M.M.D.R. Fatores de risco ao desenvolvimento da criança: da visão biomédica à visão psicossocial. **Anais do The 4th International Congress on University-Industry Cooperation**, novembro 5-7, 2012; Taubate, SP.
- SAVOIA, M.G. Escalas Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Rev Psiq Clin** 1999; 26:57-67.
- SCHMITZ, A.C; BARROS, I.P.M. **Estudo acerca dos aspectos biopsicossociais da depressão infantil**. VII Jornada de Iniciação Científica – 2011. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- SCHNEIDER, A .M. **Depressão na infância**. 2017. 39f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. 2017. <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/4304>.
- SCHWAN, S.; RAMIRES, V.R.R. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 457-468, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd1=5791&dd99=pdf>. acessos em 01 nov. 2016.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SHARP, C.; GOODYER, I.M.; CROUDACE, T.J. The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A Unidimensional Item Response Theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year-old children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 34, p. 365-377, 2006.
- SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**. v.32, p.705-14, 1991.
- SIGOLO, A.M. **Depressão infantil**. 2008. 16f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.

SILOCCHI, C.; JUNGUES, J.R.; FERNANDES, A.A. Rede de apoio social: identificação, reconhecimento e integração com a fisioterapia comunitária. **Sanare**, Sobral - V.15 n.02, p.78-86, Jun./Dez. – 2016.

SILVA, J.L.L.; SILVA, M.E.S.; TAVEIRA, R.P.C. Qualidade de vida e estresse no mundo contemporâneo: como promover a saúde? **Informe-se em promoção da saúde**, v.6, n.1.p.04-06, 2010.

SILVA, M. L.; LEONIDIO, A. C. R.; FREITAS, C. M. S. M. Atividade física e o estresse psicossocial frente ao adolescer a luz da sociedade moderna. **R. bras. Ci. E Mov**;23(4): 170-178, 2015.

SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B. Intimate partner violence and maternal educational practice. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 34, 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100225&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100225&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 dez. 2018. Epub 10-Abr-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006848>

SINGH, M.M.; GUPTA, M.; GROVER S. (2017). Prevalence & factors associated with depression among schoolgoing adolescents in Chandigarh, north India. **The Indian journal of medical research**, 146(2), 205-215.

SOKRATIS, S. et al. Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**. 2017; 11: 7.

SOUSA, M. B. C.; SILVA, H. P. A.; GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, 20(1), janeiro a março de 2015, 2-11.

SUCUPIRA, E. et al. Short Mood and Feelings Questionnaire for screening children and adolescents for plastic surgery: cross-cultural validation study. **Sao Paulo Med J**. 2017; 135(6):518-28.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R.C. Epidemiologia do distresse psicológico: estudo transversal de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 434-439, Aug. 2003.

THAPAR, A.; MCGUFFIN, P. Validity of the shortened mood and feelings questionnaire in a community sample of children and adolescents: a preliminary research note. **Psychiatry Research** 81 (1998) 259]268.

THEULE, J. et al. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, 2013. 21, 3-17. doi: 10.1177/1063426610387433.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 360-372, Dec. 2014 .

VALLEJO, M.A. et al. Determining factors for stress perception assessed with the perceived stress scale (PSS-4) in Spanish and Other European Samples. **Frontiers in Psychology**, january 2018. Volume 9. Article 37. [https://doi: 10.3389/fpsyg.2018.00037](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00037).

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

Convido a Sr.<sup>a</sup> para participar, como voluntária, da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: [abl@ufpe.br](mailto:abl@ufpe.br).

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.<sup>a</sup> não será penalizada de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.<sup>a</sup> já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 6 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**

---

Assinatura da pesquisadora

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ / CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinada,  
 concordo em participar do estudo “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Recife, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Nome e Assinatura do participante ou responsável

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(MODELO PARA MENORES DE 18 ANOS)**

Convidamos o (a) seu/sua filho (a) \_\_\_\_\_ que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntário (a), da pesquisa “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGISC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: [abl@ufpe.br](mailto:abl@ufpe.br).

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva. Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu (sua) filho(a) venha a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.<sup>a</sup> ou seu (sua) filho(a) não serão penalizados (as) de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.<sup>a</sup>. já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e o desenvolvimento do seu (sua) filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Estamos solicitando a autorização de todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores para que seu (sua) filho (a) possa participar dessa nova fase da pesquisa. A saúde física da criança será avaliada, bem como o seu desenvolvimento comportamental, emocional e o aprendizado na escola.

Serão garantidos cuidados com a confidencialidade e a privacidade, tentando evitar qualquer forma de constrangimento para a criança durante e após a entrevista.

A avaliação do desenvolvimento da criança é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificado algum problema.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso a criança necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder sobre sua criança vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar a participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo para você ou sua criança.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE. CEP: 50740-600. Tel.: 2126.8588. E-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br).**

---

Assinatura da pesquisadora

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG: \_\_\_\_\_ / CPF: \_\_\_\_\_, abaixo-assinada,  
 responsável pelo (a) menor  
 \_\_\_\_\_, autorizo a sua  
 participação no estudo “*Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006*”, como voluntário(a). Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu acompanhamento e/ou assistência e/ou tratamento.

Recife, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Nome e Assinatura do participante ou responsável

\_\_\_\_\_  
 Nome e Assinatura do (da) menor

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

### APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO					
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF	[ ][ ]				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA	[ ][ ][ ][ ][ ]				
MUDOU DE ENDEREÇO	[ ] SIM [ ] NÃO				
VISITAS DA ENTREVISTADORA					
	1	2	3	VISITA FINAL	
DATA	_____	_____	_____	DIA [ ][ ] ]	
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	MÊS [ ][ ] ]	
RESULTADO***	_____	_____	_____	ANO [ 2 ][ 0 ][ 1 ][ ] ]  ENTREVISTADORA [ ] ] RESULTADO [ ][ ] ]	
PRÓXIMA VISITA	_____	_____	_____	NÚMERO TOTAL DE VISITAS [ ]	
HORA	_____	_____	_____		
DATA LOCAL	_____	_____	_____		
Questionário completado?	<p>*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS</p> <p>A mulher recusou-se .....01 Especificar: _____</p> <p>A mulher não estava em casa .02</p> <p>A mulher adiou a entrevista ...03</p> <p>A mulher está incapacitada ....04 Especificar: _____</p>			<p>⇒ <b>Retornar</b></p> <p>⇒ <b>Retornar</b></p> <p>⇒ <b>Retornar</b></p>	

Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar ..... 05 Especificar: _____ Questionário concluído .....06	⇒ <b>Retornar</b>	
--------------------------------------	--	----------------------	--

REGISTRE A HORA		Hora.....[ ][ ] Minutos.....[ ][ ]	
<b>SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER</b>			
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
<b>101</b>	Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?  _____		
<b>102</b>	Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora?  <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[ ][ ]	

103	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunjhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
104	Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____(nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00. Não ⇒ <b>passa para Q.107</b> 01. Sim	
105	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunjhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	

106	Quanto tempo _____(nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável																																		
107	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe																																		
108	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é:  <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC. NO Nº 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder																																		
109	Quantos cômodos tem a sua casa?	Nº DE CÔMODOS ..... [ ][ ]																																		
110	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar?  <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____																																		
111	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder																																		
112	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NÃO TEM LUZ ELÉTRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder																																		
113	Nesta casa existem quantos destes itens?	<table border="1"> <tr> <td>[ ] TELEVISÃO COLORIDA</td> <td><u>NÃO</u></td> <td><u>SIM</u></td> </tr> <tr> <td>[ ] VÍDEO-CASSETTE E/OU DVD</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] RÁDIO</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] AUTOMÓVEL DE PASSEIO</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] TELEFONE</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] ASPIRADOR DE PÓ</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] GELADEIRA</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] FREEZER</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] COMPUTADOR</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>[ ] BANHEIRO</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> </table>	[ ] TELEVISÃO COLORIDA	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	[ ] VÍDEO-CASSETTE E/OU DVD	00	01	[ ] RÁDIO	00	01	[ ] AUTOMÓVEL DE PASSEIO	00	01	[ ] TELEFONE	00	01	[ ] ASPIRADOR DE PÓ	00	01	[ ] MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA	00	01	[ ] GELADEIRA	00	01	[ ] FREEZER	00	01	[ ] COMPUTADOR	00	01	[ ] BANHEIRO	00	01	
[ ] TELEVISÃO COLORIDA	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>																																		
[ ] VÍDEO-CASSETTE E/OU DVD	00	01																																		
[ ] RÁDIO	00	01																																		
[ ] AUTOMÓVEL DE PASSEIO	00	01																																		
[ ] TELEFONE	00	01																																		
[ ] ASPIRADOR DE PÓ	00	01																																		
[ ] MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA	00	01																																		
[ ] GELADEIRA	00	01																																		
[ ] FREEZER	00	01																																		
[ ] COMPUTADOR	00	01																																		
[ ] BANHEIRO	00	01																																		
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:	<table border="1"> <tr> <td>[ ] EMPREGADA DIARISTA</td> <td><u>NÃO</u></td> <td><u>SIM</u></td> </tr> <tr> <td>[ ] EMPREGADA MENSALISTA</td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00</td> <td>01</td> </tr> </table>	[ ] EMPREGADA DIARISTA	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>	[ ] EMPREGADA MENSALISTA	00	01		00	01																									
[ ] EMPREGADA DIARISTA	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>																																		
[ ] EMPREGADA MENSALISTA	00	01																																		
	00	01																																		

115	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:	<input type="checkbox"/> TERRENO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> EMPRESA OU NEGÓCIO <input type="checkbox"/> TERRA	<table border="1"> <tr><td>NÃO</td><td>SIM</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> <tr><td>00</td><td>01</td></tr> </table>	NÃO	SIM	00	01	00	01	00	01	00	01	00	01	
NÃO	SIM															
00	01															
00	01															
00	01															
00	01															
00	01															
116	<p>Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual?</p> <p>Se SIM, pergunte: Qual?</p>	<p>a) 00. NÃO      01. SIM</p> <p>b) Qual?</p> <p>01. Roubo  02. Assalto  03. Violência física  04. Violência sexual  05. Homicídio  88. Não aplicável</p>														
117	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia ..... [ ] [ ] Mês ..... [ ] [ ] Ano ..... [ ] [ ] [ ] [ ] Não sabe o ano ..... 9999														
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos ..... [ ] [ ]														
119	Em que religião você foi criada?	00. NÃO TEM RELIGIÃO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar)														
120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ <b>passa para Q.122</b> 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável														
121	Com que frequência você frequentou culto religioso <b>nas duas últimas semanas?</b>	Nº DE VEZES ..... [ ] [ ] Não aplicável ..... '88'														
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe														
123	Você tem livros em casa?	00.Não 01.Sim														
124	Você sabe ler e escrever?	00.Não ⇒ <b>passa para Q.126</b> 01.Sim														
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00.Não 01.Sim														
126	Você já frequentou a escola?	00.Não ⇒ <b>passa para Q.129</b> 01.Sim														

127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última serie e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO.  (CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).	01. Ensino Infantil _____ 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio _____ 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo _____  Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [ ][ ] 88.Não aplicável 99.Não sabe	
129	Você tem alguma fonte de renda?  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: ..... 08. Não 89. Não quis responder	
130	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais	
131	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ <b>passo para Q.133</b> 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [ ][ ] dias ⇒ <b>passo para Q.133</b> 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ <b>passo para Q.133</b> 05. EMPREGADORA ⇒ <b>passo para Q.133</b> 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
132	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
133	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS ..... [ ][ ] ⇒ <b>00 passo para Q.135</b> Não aplicável ..... '88'	
134	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) ..... [ ][ ] Não aplicável ..... '88'	

135	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro?  <i>(MARQUE NO BOX B)</i>	00. NÃO ESTÁ CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: _____ 89. Não quis responder	
136	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	01. Não 02. Sim 88. Não aplicável	
137	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
138	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
<b>CASO A MULHER NUNCA TENHA SIDO CASADA OU TENHA VIVIDO JUNTO COM UM COMPANHEIRO DO SEXO MASCULINO ⇒ PASSE PARA A QUESTÃO 141</b>			
139	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA 88. Não aplicável <b>⇒ passe para Q.142 (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)</b>	
140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar?  <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01 VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02 VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03 VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04 INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05 INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06 COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07 COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08 OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	

143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS ..... [ ][ ] OU Nº DE MESES ..... [ ][ ] OU Nº DE DIAS ..... [ ][ ]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro <b>nos últimos 7 anos?</b>	00. Nunca fumou ⇒ <b>passe para Q.147</b> 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ <b>passe para Q.147</b>	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [ ][ ]  Não aplicável.....88 Não quis responder .....89	
147	Você bebe ou bebeu <b>nos últimos 7 anos?</b>	00. Nunca bebeu ⇒ <b>passe para Q.151</b> 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ <b>passe para Q.151</b>	
148	O que você bebe ou bebia mais?  (APENAS UMA RESPOSTA)	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
149	Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1– 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
150	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia .....[ ][ ]  Não aplicável.....88 Não quis responder .....89	
151	Você usa ou usou algum tipo de droga <b>nos últimos 7 anos?</b>	00. Nunca usou ⇒ <b>passe para a SEÇÃO 2</b> 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ <b>passe para a SEÇÃO 2</b>	
152	Qual tipo de droga você usa ou usou?  (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

<b>153</b>	Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
------------	--	--	--

<b>SEÇÃO 3 – APOIO SOCIAL</b>						
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...						
		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE
<b>301</b>	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05
<b>300</b>	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05
<b>303</b>	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05
<b>304</b>	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05
<b>305</b>	Que demonstre amor e afeto por você ?	01	02	03	04	05
<b>306</b>	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05
<b>307</b>	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05
<b>308</b>	Para ouvi-la, quando você precisar falar?	01	02	03	04	05
<b>309</b>	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas ?	01	02	03	04	05
<b>310</b>	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05
<b>311</b>	Que compreenda seus problemas ?	01	02	03	04	05
<b>312</b>	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05
<b>313</b>	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação ?	01	02	03	04	05
<b>314</b>	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05
<b>315</b>	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05
<b>316</b>	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05
<b>317</b>	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05
<b>318</b>	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05

<b>319</b>	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05	
------------	-------------------------	----	----	----	----	----	--

<b>NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCÊ ESTÁ ENFRENTANDO</b>		<b>ALGUM PROBLEMA ESTRESSANTE DO TIPO:</b>	
<b>325</b>	Problemas financeiros	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>326</b>	Problemas conjugais	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>327</b>	Recente perda de contato com familiares e / ou amigos	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>328</b>	Morte na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>329</b>	Doença séria na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>330</b>	Mudança de casa / residência	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>331</b>	Perda de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
<b>332</b>	Mudança de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

333	PARA AS QUE TÊM MARIDO / COMPANHEIRO  Desemprego do marido / companheiro	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
334	Algum outro problema?	00. Não 01. Sim (especifique: .....) 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

## APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

Agora vamos passar para as questões relacionadas a \_\_\_\_\_ (nome da criança)

DATA DA ENTREVISTA: DIA [ ][ ] MÊS [ ][ ] ANO [ 2 ][ 0 ][ 1 ][ ]

<b>SEÇÃO 9 – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA</b>		
<b>901</b>	Nome completo:	
<b>902</b>	Data de nascimento: _____/_____/_____  Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar	IDADE: _____ anos e _____ meses
<b>903</b>	Sexo	Masc. [ ]      Fem. [ ]  Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar
<b>904</b>	A senhora tem outros filhos além de _____(nome da criança)?	01. Sim 02. Não Se SIM, QUANTOS? _____
<b>905</b>	Qual a posição de _____ (nome da criança) na prole?	01. PRIMEIRO FILHO 02. SEGUNDO FILHO 03. TERCEIRO FILHO 04. OUTRA: _____
<b>906</b>	_____ (nome da criança) frequentou creches?	00. Não ⇒ <b>passe para Q.908</b> 01. Sim
<b>907</b>	Se sim, qual a idade?	De _____ meses a _____ anos
<b>908</b>	_____ (nome da criança) frequentou pré-escola?	00. Não ⇒ <b>passe para Q.910</b> 01. Sim
<b>909</b>	Se sim, qual a idade?	De _____ anos a _____ anos
<b>910</b>	_____ (nome da criança) frequenta ou frequentou a escola?	00. Não 01. Sim, frequenta 02. Sim, frequentou
<b>911</b>	Qual idade que entrou na escola formal?	De _____ anos e _____ meses
<b>912</b>	Qual a série que ele(ela) está ou estava cursando?	_____
<b>913</b>	a) Qual o tipo de escola que _____ (nome da criança) está frequentando?	01. PREFEITURA (municipal) 02. ESTADO (estadual) 03. PARTICULAR 04. OUTRA: _____

	b) Qual o nome da escola? c) Qual o endereço da escola?	ESCOLA _____ Rua _____ _____	
<b>914</b>	_____ (nome da criança) tem bolsa-escola?	00. Não 01. Sim	

<b>SEÇÃO 13</b> <b>QUESTIONÁRIO ABREVIADO DO HUMOR E SENTIMENTOS – VERSÃO PARA RELATO DOS PAIS</b>		Se uma frase for verdadeira sobre seu(sua) filho(a) a maior parte do tempo, responda <b>VERDADE</b>	Se uma frase for verdadeira apenas algumas vezes, responda <b>ALGUMAS VEZES</b>	Se uma frase não for verdadeira sobre seu(sua) filho(a), responda <b>NÃO É VERDADE</b>	
As questões dessa seção são para saber como o seu(sua) filho(a) pode estar se sentindo ou agindo recentemente. Para cada questão, por favor, verifique o quanto ela ou ele se sentiu ou agiu desta forma nas <b>últimas duas semanas</b> .					
<i>Nas últimas duas semanas...</i>					
<b>1301</b>	Ela(e) estava mal-humorado(a) ou infeliz				
<b>1302</b>	Ela(e) não gostava de fazer nada				
<b>1303</b>	Ela(e) se sentia tão cansada(o) que apenas ficava quieta(o) e não fazia nada				
<b>1304</b>	Ela(e) estava muito inquieta(o)				
<b>1305</b>	Ela(e) sentiu que não era mais uma criança boa				
<b>1306</b>	Ela(e) chorou muito				
<b>1307</b>	Ela(e) encontrou dificuldade para pensar adequadamente ou se concentrar				
<b>1308</b>	Ela(e) odiou a si mesma(o)				
<b>1309</b>	Ela(e) sentiu que era uma pessoa má				
<b>1310</b>	Ela(e) se sentiu sozinha(o)				
<b>1311</b>	Ela(e) pensou que ninguém realmente a(o) amava				
<b>1312</b>	Ela(e) pensou que nunca poderia ser tão boa (bom) quanto as outras crianças				
<b>1313</b>	Ela(e) sentiu que fazia tudo errado				

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006

**Pesquisador:** Ana Bernarda Ludermir

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12147512.6.0000.5208

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas de Pernambuco

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 194.672

**Data da Relatoria:** 06/02/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto: "Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006", aborda a violência contra as mulheres por seus parceiros íntimos (VPI), que é frequente durante a gestação, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança. Ele representa a continuidade do estudo e tem como proposta investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Investigar as consequências para a saúde mental das mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife que referiram violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez e o impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação ao iniciar a escolaridade formal.

**Objetivo Secundário:**

A) Relacionados às mulheres:

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



1. Estimar a prevalência, a manutenção e a incidência da violência contra as mulheres cometida por parceiros e exparceiros;
2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a violência infligida atualmente pelo parceiro;
3. Descrever a frequência, as características, a severidade e as modificações do padrão da violência cometida contra as mulheres pelo parceiro depois da gravidez;
4. Investigar a associação entre a ocorrência da violência cometida atualmente com as características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro;
5. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a prevalência atual de Transtornos Mentais Comuns e de depressão nas mulheres;
6. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns ocorridos na gravidez e da depressão puerperal com a saúde mental atual das mulheres;

**B) Relacionados às crianças:**

1. Investigar o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006;
2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação;
3. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns na gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 e da depressão puerperal com desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos** - por se tratar de um tema sensível e complexo como a violência, sobre o qual a mulher pode sentir-se constrangida em relatar ou receosa das consequências ao fazê-lo. Serão adotados alguns cuidados, tais como a garantia da confidencialidade, o direito de

opção quanto ao local da entrevista, permitindo que as mulheres se sintam seguras e confortáveis.

**Benefícios** - a partir da entrevista é possível que algumas mulheres reconheçam suas experiências conjugais como violentas, primeiro passo para não aceitá-las; para muitas mulheres é importante ter a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Serão entregues miniguias em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres e crianças em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberão os miniguias após o encerramento da entrevista. Em situações de violência severa atual, as mulheres

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** capccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



serão orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência. Com relação às crianças, a avaliação do desenvolvimento é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificado algum problema. As mães das crianças observadas com problemas no desenvolvimento serão orientadas a procurar os serviços especializados, identificados pela pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde vem sendo desenvolvida sob a coordenação da proponente. Até o momento foram conduzidas duas fases de coleta de dados nos anos de 2005 e 2006 (aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS). O presente projeto representa a continuidade do estudo, tendo como objetivo investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. As entrevistas serão realizadas no ano de 2013, quando as crianças estarão iniciando a escolaridade formal. Todas as 1.057 mulheres que participaram da avaliação no puerpério serão incluídas na nova etapa. Desta maneira, podendo definir as seguintes hipóteses: 1 - A violência por parceiro íntimo pode comprometer a saúde mental da mulher; 2 - A exposição da criança à violência cometida pelo parceiro íntimo contra sua mãe pode causar impactos para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta: introdução, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, TCLE, referências, carta de anuência, folha de rosto e o curriculum lattes dos pesquisadores, de acordo com as normas.

**Recomendações:**

Recomendamos a aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 06 de Fevereiro de 2013

Assinador por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)

*Poder válido para todos  
os fins, não necessitando a  
assinatura do CEP em  
virtude do pesquisador ter  
acesso pelo próprio LOGIN (SENHA).  
Cem 19/03/13*



*Maria Inez Alves Sabino de Araújo*  
Secretária  
CEP/CCS/UFPE  
SIAPE - 11335718

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br