



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSICA RODRIGUES CORREIA E SÁ

**TRANSTORNOS MENTAIS DAS MÃES NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO E
PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL
DOS SEUS FILHOS**

Recife
2019

JÉSSICA RODRIGUES CORREIA E SÁ

**TRANSTORNOS MENTAIS DAS MÃES NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO E
PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL
DOS SEUS FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Bernarda Ludermir

Recife
2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB 1790

S111c Sá, Jéssica Rodrigues Correia e
Transtornos mentais das mães na gestação e após o parto e
problemas no desenvolvimento comportamental e emocional dos seus
filhos / Jéssica Rodrigues Correia e Sá. – 2019.
87 f.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndice e anexo.

1. Transtornos Mentais. 2. Depressão. 3. Comportamento
Infantil. 4. Emoções. 5. Criança. I. Ludermir, Ana Bernarda
(Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2020-164)

JÉSSICA RODRIGUES CORREIA E SÁ

**TRANSTORNOS MENTAIS DAS MÃES NA GESTAÇÃO E APÓS O PARTO E
PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL
DOS SEUS FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a **Ana Bernarda Ludermir** (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr.^a **Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli** (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco.

Prof. Dr.^a **Marília de Carvalho Lima** (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco.

AGRADECIMENTOS

É com o sentimento de gratidão que venho expressar meus sinceros agradecimentos a todos que acompanharam minha trajetória nos últimos dois anos.

Inicialmente agradeço a Deus pelo dom da vida e por me conceder saúde, força, sabedoria e condições de lutar e alcançar essa conquista.

Agradeço a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), sob a coordenação das professoras Thália Velho Barreto de Araújo e Heloísa Maria Mendonça de Moraes, e nosso secretário José Moreira de Oliveira, pela oportunidade e acolhida no mestrado de saúde coletiva. Agradeço também a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo recebimento da bolsa durante todo o período deste mestrado.

Sou eternamente grata ao corpo docente do PPGSC/UFPE que foram mediadores do conhecimento e conseguiram da melhor forma superar minhas expectativas. Agradeço, especialmente, a minha orientadora Prof^a Dr^a. Ana Bernarda Ludermir pela compreensão e honra de sua orientação.

Agradeço às mulheres que participaram deste estudo, aos seus filhos e toda equipe envolvida nas fases de elaboração.

Gostaria de deixar o meu forte abraço de gratidão a cada colega de turma do mestrado, pessoas incríveis e necessárias para a minha evolução. Aos amigos mais próximos e familiares que acompanham minhas aventuras e sabem de cada esforço realizado para alcançá-las.

Às minhas sobrinhas Maria Carolina e Maria Clara e meu sobrinho Caio, agradeço os mais sinceros sorrisos que são fortalezas em minhas caminhadas. E por fim ao meu amor de quatro patas, Dino, que esteve ao meu lado por 16 anos e nesta reta final decidiu descansar, se tornando minha maior saudade.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a associação dos Transtornos Mentais nas mães durante a gestação e após o parto com os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com mulheres grávidas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco em 2005-2006. As mulheres foram entrevistadas na gestação, no pós-parto e seis a nove anos após o parto, quando foram avaliados 631 pares mãe-crianças. Em cada contato, as mulheres foram questionadas sobre a experiência de transtornos mentais e na terceira etapa sobre os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal. A saúde mental da mãe, atual e na gravidez, foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire- 20 (SRQ-20)* e a depressão após o parto pela *Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS)*. Os problemas comportamentais e emocionais dos filhos foram rastreados pelo *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*. Foram estimados os riscos relativos brutos e ajustados para a associação estudada, utilizando-se a regressão de Poisson. Das 631 mães, 353 (55,9%) tiveram transtornos mentais comuns ou depressão pós-parto em algum momento da pesquisa. A incidência dos problemas comportamentais e emocionais das crianças foi de 31,5%. A associação entre os transtornos mentais maternos e os problemas comportamentais e emocionais das crianças apresentou significância estatística. As mães com altos escores de TM em 1 momento ($RR_{ajustado} = 1,56$; IC95% 1,1-2,1), em 2 momentos ($RR_{ajustado} = 2,32$; IC95% 1,7-3,2) e em 3 momentos ($RR_{ajustado} = 2,90$ IC95% 2,0-4,0) apresentaram uma probabilidade maior de terem filhos com problemas comportamentais e emocionais quando comparadas com as que não tiveram TM. Através dos resultados desse estudo, observou-se uma relação dose- resposta relacionando a frequência de transtorno mental materno e a ocorrência de problemas comportamentais e emocionais na criança em idade escolar.

Palavras- chave: Transtornos Mentais. Depressão. Comportamento Infantil. Emoções. Criança.

ABSTRACT

The aim of this article is to analyze the association between Mental Disorders in mothers during pregnancy and after childbirth and their children's behavioral and emotional problems at the beginning of formal schooling. This is a prospective cohort study with pregnant women enrolled in the Family Health Strategy of the Sanitary District II of the city Recife, Pernambuco in 2005-2006. Women were interviewed during pregnancy, postpartum and six to nine years after delivery, when 631 mother-child pairs were evaluated. In each contact, women were asked about the experience of mental disorders and in the third stage about their children's behavioral and emotional problems at the beginning of formal schooling. The mother's current mental health and pregnancy was assessed by the *Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)* and postpartum depression by *the Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS)*. The children's behavioral and emotional problems were tracked by the *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. Crude and adjusted relative risks were estimated for the association studied using Poisson regression. Of the 631 mothers, 353 (55.9%) had mental disorders at some point in the research. The incidence of children's behavioral and emotional problems was 31.5%. The association was statistically significant. Mothers with high MD scores in 1 moment (adjustedRR = 1.56; 95% CI 1.1-2.1), in 2 moments (adjustedRR = 2.32; 95% CI 1.7-3.2) and in 3 moments (adjustedRR = 2.90 95% CI 2.0-4.0) were more likely to have children with behavioral and emotional problems when compared to those who did not have MD. The results of this study showed that the association between maternal MD and the child's behavioral and emotional problems indicates the need for interventions that prevent and monitor women's mental health before, during and after pregnancy.

Keywords: Mental Disorders. Depression. Child Behavioral. Emotions. Child.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Ilustração do desenho do estudo e amostra nas 3 etapas da pesquisa.....	30
Quadro 1- Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher.....	35
Quadro 2- Variáveis do estilo de vida da mulher.....	35
Quadro 3- Variáveis demográficas da criança.....	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Características socioeconômicas, demográficas e estilo de vida da mãe e características demográficas das crianças e sua associação com os Transtornos Mentais maternos, risco relativo (RR), intervalo de Confiança (IC 95%) e valores de p. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....48
- Tabela 2- Características socioeconômicas e demográficas da mãe e da criança e sua associação com as dificuldades comportamentais e emocionais da criança avaliada pela mãe, risco relativo (RR), intervalo de Confiança (IC 95%) e valores de p. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.....49
- Tabela 3- Associação entre as mães que apresentaram TM em diferentes períodos da coorte com o SDQ respondido pela mãe. Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2014.....50
- Tabela 4- Associação entre as mães que apresentaram TM em algum momento da coorte com o SDQ respondido pela mãe. Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2014.....51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DPP	Depressão Pós-Parto
DS	Distrito Sanitário
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPDS	<i>Edimburg Postpartum Depression Scale</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MR	Microrregiões
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
RR	Risco Relativo
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire-20</i>
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
USF	Unidade de Saúde da Família
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	Transtornos Mentais, Transtornos Mentais Comuns na Gravidez e Depressão Pós-Parto	15
2.2	Fatores de Risco associados aos Transtornos Mentais Maternos	18
2.3	Exposição das crianças aos Transtornos Mentais Maternos	20
2.4	Impacto dos Transtornos Mentais Maternos e problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos	22
3	PERGUNTA CONDUTORA	25
4	OBJETIVOS	26
4.1	Objetivo Geral	26
4.2	Objetivos específicos	26
5	MÉTODOS	27
5.1	Área de estudo	29
5.2	Desenho do estudo e amostra	28
5.3	Definição de variáveis	31
5.3.1	Variáveis independentes	31
5.3.2	Variáveis dependentes	31
5.3.3	Covariáveis	31
5.4	Instrumento de coleta de dados	32
5.4.1	Questionário da mulher (1ª etapa)	32
5.4.2	Questionário da puérpera (2ª etapa)	33
5.4.3	Questionário da mulher e das crianças (3ª etapa)	34
5.4.3.1	<i>Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher</i>	35

5.4.3.2	<i>Variáveis do estilo de vida da mulher</i>	35
5.4.3.3	<i>Variáveis demográficas da criança</i>	35
5.5	Análise dos dados	37
6	ASPECTOS ÉTICOS	39
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	40
8	RESULTADOS	41
8.1	Transtornos Mentais das mães na gestação e após o parto e problemas no desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos	41
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS)	68
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENORES DE 18 ANOS)	71
	APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULHER	74
	APÊNDICE D – <i>SELF REPORTING QUESTIONNAIRE-20 (SRQ-20)</i>	79
	APÊNDICE E – <i>EDIMBURG POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (EPDS)</i>	80
	APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA CRIANÇA	82
	APÊNDICE G – <i>STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)</i>	83
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	84

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é considerado um aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas, sendo um processo que se inicia na vida intrauterina e envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de práticas relacionadas ao comportamento. Por ser um processo dinâmico que envolve mudanças biológicas e psicológicas, permite que a criança modifique antigos comportamentos e adquira novos (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

Estudos envolvendo o desenvolvimento foram evoluindo desde o século XIX, quando cientistas que estudaram o desenvolvimento reconheceram que o desenvolvimento humano ocorre durante toda a vida como um processo vitalício, conhecido como desenvolvimento no ciclo vital. Além disso o desenvolvimento depende de cada história e do contexto singular, fazendo com que cada pessoa se desenvolva dentro de um conjunto específico, é multidimensional e multidirecional durante toda vida envolvendo um equilíbrio entre crescimento e declínio e é flexível ou plástico apresentando capacidades de modificações no desempenho, porém o potencial para mudança tem limites (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

O desenvolvimento é um processo que envolve múltiplos aspectos que serão necessários para que a criança consiga responder às suas necessidades e do seu meio diante do contexto que vive. Esses aspectos não se resumem apenas ao crescimento físico, mas também a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, afetiva e social (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015).

Esse processo deve ser avaliado, sobretudo no primeiro ano de vida, por levar em consideração que todos os ambientes em que a criança vive e aprende fazem parte deste, assim como sua relação com as pessoas que desempenham as funções parentais e de cuidadores (FLORES et al, 2013; BRASIL, 2016).

Diversos fatores podem influenciar os comportamentos e problemas de desenvolvimento nas crianças. Na maioria das vezes não se estabelece um único motivo, pois podem existir diferentes associações etiológicas como características biológicas (acontecimentos pré, peri e pós- natais) e com o meio ambiente: baixo nível socioeconômico, escolaridade e fragilidade nos vínculos estabelecidos ao

longo da vida, dentre outros (OPAS, 2005). Estudos afirmam que a primeira condição para que uma criança se desenvolva bem é o afeto do seu cuidador, pois a falta desse cuidado nos primeiros anos de vida pode deixar marcas no desenvolvimento da criança (PEREIRA et al, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) avalia a importância dos determinantes sociais nos primeiros anos de vida por considerar que estes influenciam na saúde infantil e são fatores de risco para o desenvolvimento quando tratamos das condições do meio em que vive a criança. Caracterizados pelos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que interferem nas crenças, comportamento e biologia, os determinantes sociais abordam os diversos mecanismos que provocam as desigualdades entre grupos populacionais e consequentemente afetam o desenvolvimento emocional infantil e de seus familiares (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009).

O ambiente doméstico vem sendo considerado como fundamental quanto aos estímulos que podem influenciar o desenvolvimento infantil (MORAIS; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016). É nesse espaço onde se pode oferecer afeto, segurança física, proteção contra doenças e suprimento de necessidades básicas. Um estudo realizado em São Luís - MA, observou a possível associação entre a oferta de estímulos no desenvolvimento da criança de 2 anos de idade e o ambiente familiar. Os pesquisadores concluíram que a quantidade e qualidade de estímulos ambientais presentes no contexto familiar mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento global das crianças (LAMY FILHO, et al, 2011) .

Outras situações adversas ligadas ao ambiente familiar são as doenças crônicas, conflitos entre os membros e problemas de saúde mental dos cuidadores que podem também causar fortes influências no desenvolvimento infantil. Diante disso, Laucht *et al.* (2001) realizaram um estudo longitudinal no qual observaram que crianças de 2, 4, 6 e 8 anos que tinham os pais com adoecimento mental, baixo nível de escolaridade, paternidade precoce, conflitos conjugais e várias pessoas vivendo na mesma casa apresentaram maior risco de atraso no desenvolvimento e problemas comportamentais do que as crianças com risco biológico.

Para alguns autores, a saúde mental materna pré e pós gestacional pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da criança, a partir do momento que afeta a qualidade e a disponibilidade do cuidado e a interação mãe/filho (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

De acordo com a OMS, diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos são responsáveis pelo nível de saúde mental de uma pessoa. A evidência mais clara está associada aos indicadores de pobreza, incluindo baixos níveis de escolaridade como é o caso das pressões socioeconômicas contínuas que são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades (OPAS/OMS, 2016).

Os Transtornos Mentais (TM), geralmente são caracterizados por sinais e sintomas específicos como as alterações das emoções, pensamentos, memória, comportamentos e percepções que podem afetar as relações com outras pessoas (OMS, 2016). Além disso, podem proporcionar prejuízos funcionais, comprometimento social, ocupacional e dificuldades de autocuidado (BORBA, et al, 2018).

A presença dos TM nas mães diminui sua capacidade e intensidade de estabelecer uma sincronia com suas crianças, dificultando os estímulos necessários para seu desenvolvimento (MARTURANO; ELIAS, 2016). Além disso, essas mães se apresentam mais ansiosas, inseguras e com pensamentos negativos, se envolvendo pouco nas brincadeiras, interagindo menos com seus filhos e apresentando uma dificuldade de perceber as necessidades dos mesmos com menos disponibilidade e afeto (CID; MATSUKURA; SILVA, 2012).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Transtornos Mentais, Transtornos Mentais Comuns na Gravidez e Depressão Pós-Parto

Desde o final do ano de 1870, loucura e maternidade mereceram uma atenção significativa por parte dos alienistas brasileiros, pois se de acordo com a perspectiva médica, a realização da maternidade seria capaz de prevenir e até mesmo de curar os distúrbios psíquicos, contraditoriamente a gravidez, o parto e o pós-parto seriam vistos como momentos extremamente propícios ao aparecimento ou a manifestações de TM (BASSANEZI, 2000).

Atualmente, os TM constituem um grande problema de saúde pública. Caracterizado mundialmente como uma das principais doenças crônicas, podem afetar o indivíduo em qualquer fase de sua vida (ALMEIDA, et al, 2012), sendo considerado nas últimas décadas como um importante contribuinte na morbimortalidade da população brasileira e mundial (SANTOS; CAMPOS; FORTES, 2019). A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum TM, e que um em cada quatro indivíduos, será afetado em alguma fase da vida por uma doença psíquica (OMS, 2011).

Existem diferentes apresentações para os diversos TM, geralmente são caracterizados por sinais e sintomas específicos como as alterações das emoções, pensamentos, memória, comportamentos e percepções que podem afetar as relações com outras pessoas (OMS, 2018). Além disso, podem proporcionar prejuízos funcionais, comprometimento social, ocupacional e dificuldades de autocuidado (SILVA, et al, 2019).

Quando se caracterizam por sintomas depressivos, estado de ansiedade e queixas somáticas são considerados Transtornos Mentais Comuns (TMC), que possuem prevalência significativa nas sociedades modernas, principalmente entre os adultos (SOUZA, et al, 2017) e se apresentam mais elevados em mulheres do que em homens devido a diversos fatores, tais como: desigualdade de gênero, alterações no sistema endócrino, sobrecarga de trabalho doméstico, exposição a situações de violência, conflitos familiares e fatores biológicos e sociais (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Existem diversas fases na vida da mulher, porém, algumas em especial, podem apresentar fatores predisponentes ao TMC, como é o caso do período gestacional e puerpério que são responsáveis por mudanças físicas, culturais, psíquicas e sociais (LUCCHESI, et al, 2017). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-5 (2014) os TM frequentes na gravidez são importantes preditores de depressão e ansiedade pós-parto, além de outros desfechos obstétricos (PASKULIN, et al, 2017).

Durante a gestação o organismo inicia um ciclo de adaptações atingindo o bem-estar da mulher. Algumas se apresentam em condições de adequação à nova realidade, como também podem sofrer alterações na sua saúde mental e no seu papel dentro do contexto familiar, acarretando conseqüentemente transtornos psíquicos (SILVA; NETO, 2015). De fato, as emoções positivas podem surgir na gestação, associadas a melhoria da saúde mental através do desenvolvimento e crescimento a nível pessoal e social, assim como também podem surgir emoções negativas que refletem principalmente o desenvolvimento do *stress*, perturbações depressivas e ansiosas (CASTANHEIRA; CORREIA; COSTA, 2017).

Um estudo epidemiológico (LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014) identificou a prevalência de ansiedade no período gestacional de aproximadamente 20%, depressão em torno de 7% a 15% e dos TMC de 43%, sendo esses TM consensuais em estudos que os relacionam com o risco aumentado para desfechos negativos ao feto (COSTA, et al, 2018). No período gravídico-puerperal a depressão apresenta maior prevalência nos países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil, no qual cerca de 30 a 40% das mulheres acompanhadas nos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) ou com perfil socioeconômico baixo, apresentaram altas taxas de sintomas depressivos (HARTMANN; SASSI; CESAR, 2017).

Os sintomas característicos no diagnóstico da depressão são diversos, dentre os mais comuns se destacam a presença do humor deprimido, culpa excessiva ou inadequada, perda ou ganho significativo de peso, fadiga ou perda de energia, interesse diminuído pelas atividades, sensação de inutilidade, ideação suicida, pensamentos recorrentes sobre morte e outros (DSM-V, 2014).

Evidências demonstram que um terço das mulheres que desenvolvem os sintomas depressivos no puerpério mantém o quadro além do primeiro ano após o parto (HARRIS, 2016), pois há um entendimento de que a Depressão Pós-Parto (DPP) possa ser a continuidade da depressão pré-parto, sendo este último o principal fator de risco para DPP (POLES, et al, 2018).

A DPP é considerada uma patologia específica que acomete a mãe em um novo período de sua vida, o puerpério. Essa fase inicia com o parto e finaliza quando o corpo da mulher retorna ao estágio prévio da gestação, e é acompanhada por diversas alterações fisiológicas e emocionais (GREINERT; MILANI, 2015). As alterações mais comuns nessa fase são choro fácil, nervosismo e tristeza, gerando ainda na mulher medos, dúvidas e angústias quanto a sua capacidade de cuidar do recém-nascido.

A DPP pode ser diagnosticada após dois, três, seis meses e até um ano após o parto (MANGILI; RODRIGUES, 2018) através de manifestações sintomáticas intensas e duradouras. O que precisa de bastante cuidado para não ser confundida com a tristeza puerperal, também conhecida como *Maternity blues* ou *Postpartum Blues* (KAPLAN; SADOCK, 1999) que se caracteriza por reações normais ao puerpério imediato, geralmente entre o 3º e 10º dia após o parto através de rápidas mudanças de humor, irritabilidade e choro. As características da *Maternity Blues* são menos intensas e duradouras quando comparadas à DPP. Porém, essa condição pode evoluir para um transtorno severo, o que é raro, como também é considerada um fator de risco para DPP (MANGILI; RODRIGUES, 2018; SILVA, et al, 2017).

Em relação ao risco para episódios com características psicóticas no Pós-Parto, dentre elas a depressão, o DSM-5 considera que:

É particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores nesse período, mas também é elevado entre as que têm a história prévia de um transtorno depressivo ou bipolar (em especial transtorno bipolar tipo I) e entre aquelas com história familiar de transtornos bipolares. Depois que uma mulher teve um episódio no pós-parto com características

psicóticas, o risco de recorrência em cada parto subsequente situa-se entre 30 e 50%. Os episódios pós-parto devem ser distinguidos do delírium que pode ocorrer nesse período, o qual se diferencia por um nível flutuante de consciência ou atenção. O período pós-parto é singular no que diz respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao impacto potencial da amamentação no planejamento do tratamento e às implicações de longo prazo de a história de transtorno do humor pós-parto no planejamento familiar subsequente.

Atualmente alguns autores consideram a DPP uma epidemia silenciosa, pois na maioria dos casos a identificação dos sintomas depressivos é tardia. Wisner, Chambers & Sit, (2006) identificaram que aproximadamente 50% das mulheres com DPP não são devidamente diagnosticadas pelo fato de os profissionais de saúde desconhecerem ou não saberem avaliar os sintomas depressivos.

2.2 Fatores de Risco associados aos Transtornos Mentais Maternos

Fatores de risco são características, situações ou eventos já estabelecidos favoráveis ao surgimento de problemas biopsicossociais. É necessário destacar que os fatores de risco apresentam caráter dinâmico e subjetivo, que devem ser trabalhados como processo e relativizados de acordo com a subjetividade do indivíduo, assim podem contribuir para melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

A literatura tem demonstrado a relação entre o aparecimento dos Transtornos Mentais e alguns fatores de risco, dentre eles destacam-se importantes elementos das condições de vida e os determinantes sociais da saúde, tais como: idade, sexo biológico, fatores hereditários, condições socioeconômicas, estado civil, escolaridade, ocupação, habitação, discriminação, violência de gênero, exclusão social, história pregressa de depressão, apoio social, estresse extremo, gravidez não desejada, ansiedade, dependência de álcool, tabaco e outras drogas (POLES, 2018;

COSTA; LUDERMIR, 2005; LUCCHESE, 2017; FURTADO, et al, 2019; LEITE, et al, 2017).

A realização de alguns estudos, mostra que os TMC apresentam maior prevalência entre as mulheres e em situações de pobreza, destacando-se a tríade escolaridade, rendimento e ocupação, ou seja, pessoas que possuem baixa escolaridade e rendimento e que estão desempregadas ou em condições precárias de trabalho (COUTINHO, et al, 2014; LUDERMIR, 2005).

A pobreza se refere a situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico, obviamente não pode ser definida de forma única e universal, pois os elevados níveis de pobreza que afligem a sociedade encontram seu principal determinante na estrutura da desigualdade na distribuição de renda e oportunidades de inclusão econômica e social, resultando na injustiça social que exclui parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania (HENRIQUES, 2000).

No que diz respeito à associação entre TMC e o sexo feminino foi identificado que dentre a prevalência mundial de TMC (29,2%) a maioria são pessoas do sexo feminino, justificado pelas diversas atribuições sobrepostas à mulher na sociedade, como o papel de esposa, mãe, filha e cuidadora que podem estar relacionados à situações de violência, condições precárias de vida e saúde, elevada carga laboral e falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico (LUCCHESE, 2017; FURTADO, et al, 2019; LEITE, et al, 2017; LUDERMIR, 2005).

Associado à essas atribuições existem fases na vida da mulher que podem agregar fatores que reforçam a maior predisposição ao TM, em especial o período gravídico-puerperal, no qual a mulher vivencia mudanças físicas, psíquicas, sociais e culturais que podem intensificar os sinais e sintomas de depressão e ansiedade (GREINERT; MILANI, 2015; LUCCHESE, 2017). Esta fase caracteriza-se como a de maior frequência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros trinta dias do pós-parto (THIENGO, et al, 2012).

Além da mulher estar vivenciando uma fase de mudanças, a gravidez e o puerpério podem vir acompanhados de outros fatores de risco que estejam associados à saúde da mulher e seu bebê, é o caso da gravidez não pretendida, que em alguns casos geram impactos negativos como o início tardio ou não adesão ao pré-natal, uso de álcool e drogas ilícitas na gravidez, aumento da mortalidade materna em decorrência de abortos inseguros e maior chance de apresentar sentimentos depressivos durante o período após o parto (BRITO, 2015).

Entre os fatores de risco já citados para o surgimento de TM no período gravídico puerperal a literatura apresenta conclusões concordantes no que diz respeito ao apoio social, pois o risco de desenvolver a patologia é duas vezes maior em mulheres que não tem o amparo de seu companheiro, familiares e/ ou amigos durante a gestação (GREINERT; MILANI, 2015).

Sendo assim, as intensas transformações na vida da mulher, assim como suas condições de vida, exposição, enfrentamento e o papel que ocupa na sociedade, são considerados importantes fatores de risco quando se diz respeito ao aparecimento de TM antes, durante e após a gestação.

2.3 Exposição das crianças aos Transtornos Mentais Maternos

Considerando a relação existente entre os impactos dos TM durante a maternidade e o desenvolvimento infantil, Loreto (2008) identificou em seus estudos que emoções positivas da mãe produzem no feto algumas respostas, por exemplo o aumento da frequência cardíaca, da mesma forma que emoções negativas como angústia e depressão produzem perturbações emocionais e alterações fisiológicas neste feto.

O impacto da depressão materna na relação mãe-filho durante o primeiro ano de vida, pode se constituir como maior risco de a criança desenvolver desordens emocionais, comportamentais, afetivas, sociais e cognitivas a longo prazo (BALLESTEROS, et al, 2019). Foi identificado também, que bebês de mães deprimidas apresentam menos atividades neuronal que envolvem as emoções positivas (felicidade e alegria), localizadas no lobo frontal esquerdo, e mais atividades que envolvem as emoções negativas, localizadas no lobo frontal direito (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Diante da exposição da criança aos TM maternos, Goodman e Gotlib (1999) revisaram a literatura e propuseram modelos para a compreensão do risco da depressão para os filhos, identificando que a presença de maior impacto negativo foi pontuada por crianças expostas mais precocemente aos sintomas depressivos da mãe. Corroborando com essa afirmação Bergeron et al (2007) avaliou o comportamento de crianças e adolescentes, filhos de mães com depressão e identificou diferença nos desfechos comportamentais, pois o impacto negativo da depressão foi maior para as crianças expostas mais cedo aos transtornos maternos.

Por se tratar também de um TM, a ansiedade materna é fator negativo para o desenvolvimento cognitivo da criança, desencadeando atraso na linguagem, riscos no desenvolvimento motor grosso e formação de apego inseguro. Outras pesquisas indicaram que a presença de estados persistentes de ansiedade somado à depressão durante a gestação está associado a desfechos obstétricos, tais como: Parto pré-termo, baixo peso ao nascer, riscos no desenvolvimento cognitivo, regulação da atenção, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (PEREIRA; LOVISA, 2008; BALLESTEROS, et al, 2019; CHEMELLO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017).

Há algumas evidências através do estudo realizado por Silva, Loureiro e Marturano (2016) que as habilidades sociais infantis se apresentam menos frequentes quando os escores de depressão materna são maiores e que pré-escolares apresentam menos problemas de ansiedade que os escolares.

Por se considerar frequente na infância, os problemas comportamentais e emocionais vêm sendo discutido em diversos países, porém existem algumas dificuldades para mensurar esses dados, sendo necessária cautela na avaliação dessas variáveis e na escolha do questionário a ser utilizado (MATOS, et al, 2015).

Na perspectiva de rastrear e avaliar as dificuldades comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes Goodman (1997) desenvolveu o *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*, um dos poucos instrumentos utilizados que pode ser respondido por pais e professores de crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos e auto-administrado para adolescentes entre 11 e 16 anos (GOODMAN, 1999).

Em um estudo de revisão sobre suas propriedades psicométricas foram demonstrados índices positivos de validade e fidedignidade em 21 países, incluindo o Brasil, o que assegura o seu alcance transcultural e sua aplicabilidade na área da saúde mental das crianças (SAUR; LOUREIRO, 2012). Foi comparado com outros questionários, mostrando-se equivalente e com algumas vantagens, como ser de rápida aplicação, ter acesso livre e a aceitabilidade entre os entrevistados (FLEITLICH; GOODMAN, 2000; GOODMAN et al., 1997; GOODMAN; SCOTT, 1999).

2.4 Impacto dos Transtornos Mentais em mães e problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos

Pesquisas tem indicado que o aparecimento excessivo de alguns sintomas de ansiedade, estresse e quadros depressivos estão associados a uma maior probabilidade de gerar repercussões negativas na saúde da mulher, do bebê e nas relações familiares. Neste caso, os TM que atingem as mulheres no período gravídico puerperal apresentam relação direta com desfechos obstétricos, como é o caso dos efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto, baixo peso ao nascer, alteração no desenvolvimento cognitivo e motor, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida (KLIEMANN; BOING; CREPALDI; 2017; RODRIGUES; NOGUEIRA, 2015; MORAIS; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016).

Desde o nascimento até a maturidade, o ser humano tem a necessidade de vivenciar momentos que favoreçam seu desenvolvimento, garantindo o amadurecimento em cada fase da vida (SANTOS; SERRALHA, 2015). O desenvolvimento é um processo que envolve diversos aspectos que serão importantes para que a criança consiga responder às suas necessidades e do seu meio. Esses aspectos não se resumem apenas ao crescimento físico, mas também à maturação neurológica, comportamental, cognitiva, afetiva e social (SILVA; ENGSTRON; MIRANDA, 2015).

Geralmente, o ambiente doméstico e as pessoas que circundam a criança são as principais fontes de referência e estímulo para esse amadurecimento, porém a mãe é a pessoa mais indicada para se adaptar às necessidades do filho devido o

desenvolvimento do apego, que nada mais é do que o vínculo recíproco e duradouro entre o bebê e sua cuidadora (SANTOS; SERRALHA, 2015).

Bowlby (1988) descreveu que a relação calorosa e íntima da mãe irá interferir na saúde mental do seu filho, desenvolvendo então a teoria do apego. Spitz (1979) considera que a relação mãe - bebê é mantida por vínculos afetivos extremamente poderosos, constituindo a base de segurança do bebê e o protótipo de relacionamento que ele irá aplicar na construção de relacionamentos com outras pessoas.

Da mesma forma, pode haver influência dos acontecimentos pré-natais na saúde física e emocional do feto, pois os sentimentos e emoções vivenciados pela gestante se comunicam com o feto através da ação dos neuro- hormônios (CHAMELLO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017).

Compreensivelmente, as mães que apresentam TM possuem diminuição na sua capacidade de estabelecer uma sincronia na interação com suas crianças, tendo dificuldade em identificar as necessidades dos filhos, estarem menos disponíveis, demonstrarem pouco afeto e serem menos sensitivas aos sinais da criança. Esses comportamentos maternos se explicam pelos consequentes sinais e sintomas gerados pelos TM, principalmente por ser a mãe, na maioria dos casos, a principal cuidadora da criança (CID; MATSUKURA, 2010; CARDOSO; SIQUARA; FREITAS, 2014).

Santos e Serralha (2015) trabalharam através da revisão de literatura as repercussões da DPP materna sobre o desenvolvimento emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê, chegando a conclusão que a depressão puerperal materna influenciou negativamente no modo como a mãe se organizava para cuidar de seu bebê. Essa situação foi confirmada em outro estudo no qual a presença de DPP foi correlacionada com índices negativos no Inventário de Estilos Parentais, pois mais de 60% dos cuidadores que apresentaram estilos parentais negativos foram identificados com indicadores de DPP (MANGILI; RODRIGUES, 2018).

Considerando que as práticas parentais maternas são importantes para o desenvolvimento infantil, o cuidado em saúde mental das mães precisa de uma

atenção maior durante o período gravídico puerperal, pois a qualidade do cuidado, nos aspectos físicos, afetivos e sociais decorrem das condições estáveis de vida socioeconômica e psicossociais (ANDRADE, et al, 2005).

A efetividade e consistência nas práticas parentais podem reduzir os comportamentos inadequados dos filhos e estimular a ocorrência de comportamentos socialmente adequados. Além disso, a relação parental positiva contribui para o desenvolvimento da auto-estima da criança. Com base nos diversos estudos, no ambiente familiar a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com fatores e/ ou situações de risco para o seu desenvolvimento (RODRIGUES; NOGUEIRA, 2015; CHAMELLO; LEVANDOWSKI; DONELLI, 2017; SCHMIDT; PONTELLO; WAGNER, 2016).

Além dos TM maternos, outros fatores influenciam no comportamento da criança, sendo eles de risco (práticas educativas parentais inadequadas, déficit nas habilidades sociais e condições socioeconômicas precárias) ou protetores (suporte social, participar de atividades de lazer, esportes, brincadeiras, leituras).

Diante do contexto em que o desenvolvimento comportamental e emocional das crianças pode ser comprometido por diversos fatores, inclusive a saúde mental das mães percebemos a necessidade de análises e explorações teóricas que abordem essa relação visando a insuficiência de estudos longitudinais que avaliam esse processo.

O presente estudo visa analisar a relação entre os transtornos mentais que afetam as mães na gestação e após o parto com os problemas no desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos. Além da contribuição para a literatura será possível também contribuir com futuras estratégias para as práticas de atenção e cuidado nos serviços de saúde que acolhem essas famílias.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Existe associação entre os Transtornos Mentais maternos durante a gestação e após o parto com os problemas comportamentais e emocionais das crianças?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a associação dos TM nas mães durante a gestação e após o parto com os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal, participantes de um estudo de coorte iniciado em 2005.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico das mães do estudo;
- Caracterizar o perfil sócio demográfico das crianças do estudo;
- Estimar a frequência dos TM nas mães durante a gestação, o puerpério e 7 anos após o parto.
- Estimar a incidência dos problemas comportamentais e emocionais das crianças;
- Descrever os problemas comportamentais das crianças do estudo;
- Investigar a associação entre os Transtornos Mentais nas mães durante a gestação, puerpério e 7 anos após o parto com os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos.

5 MÉTODOS

5.1 Área de estudo

Na época do estudo a cidade do Recife era dividida em seis regiões político-administrativas (RPA), sendo cada uma subdividida em três microrregiões (MR). No setor da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). As RPAs agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. As características socioeconômicas e demográficas da população cadastrada na Estratégia da Saúde da Família (ESF) são semelhantes, o que facilitou a decisão de realizar a pesquisa num único distrito sanitário, o Distrito Sanitário II, por melhor se adequar às necessidades operacionais e logísticas da pesquisa de campo.

O DS II da cidade do Recife é composto por 19 bairros, que estão distribuídos em três microrregiões: Água Fria, Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Peixinhos, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão.

Apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares, que corresponde a 6,5% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,8 hab/domicílio e 144 hab/hectare, respectivamente (RECIFE, 2006).

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.

Conseqüentemente, apresentam piores indicadores socioeconômicos e de saúde e são consideradas prioritárias e estratégicas para o desenvolvimento de ações setoriais específicas e de políticas públicas de caráter mais amplo que permitam a inclusão social da população. No setor saúde estas áreas são consideradas prioritárias para a implantação da ESF (RECIFE, 2006).

O número de habitantes do DS II é de 236.662 (RECIFE, 2010), representando 14,5% da população recifense, sendo 53,5% mulheres e 46,5% homens. No que diz respeito à infraestrutura, apresenta 95,4% dos domicílios com abastecimento de água e 96,9% com coleta de lixo. Além disso, 51,6% dos

domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,3% estão ligados à rede de esgoto (RECIFE, 2006).

A rede de atenção à saúde é composta por 44 equipes da 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 representa uma cobertura em torno de 78% da população do DS II. Ainda compõem a rede de saúde municipal no DS II, 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).

5.2 Desenho do estudo e amostra

Este é um estudo de coorte prospectivo, realizado com mulheres grávidas 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).

A 3ª etapa da coorte foi realizada nos anos de 2013 e 2014 com mulheres e crianças, delineada para investigar as *“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”*. Foi realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – processo nº 475240/2011-1).

➤ **Na primeira etapa:** Foram elegíveis nas USFs 1.133 gestantes entre 18 e 49 anos, com 31 semanas ou mais de gestação, dessas, 1.120 (98,9%) foram entrevistadas no período de julho de 2005 a outubro de 2006. 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 elas. 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 etapa:** Foram re-entrevistadas no ano de 2006 1.057 puérperas (94,3%), sendo que o contato foi feito através de lista para consulta de puericultura, disponibilizada pela 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. O número de perda entre a primeira e segunda etapa foi de 63 (5,7%) mulheres.

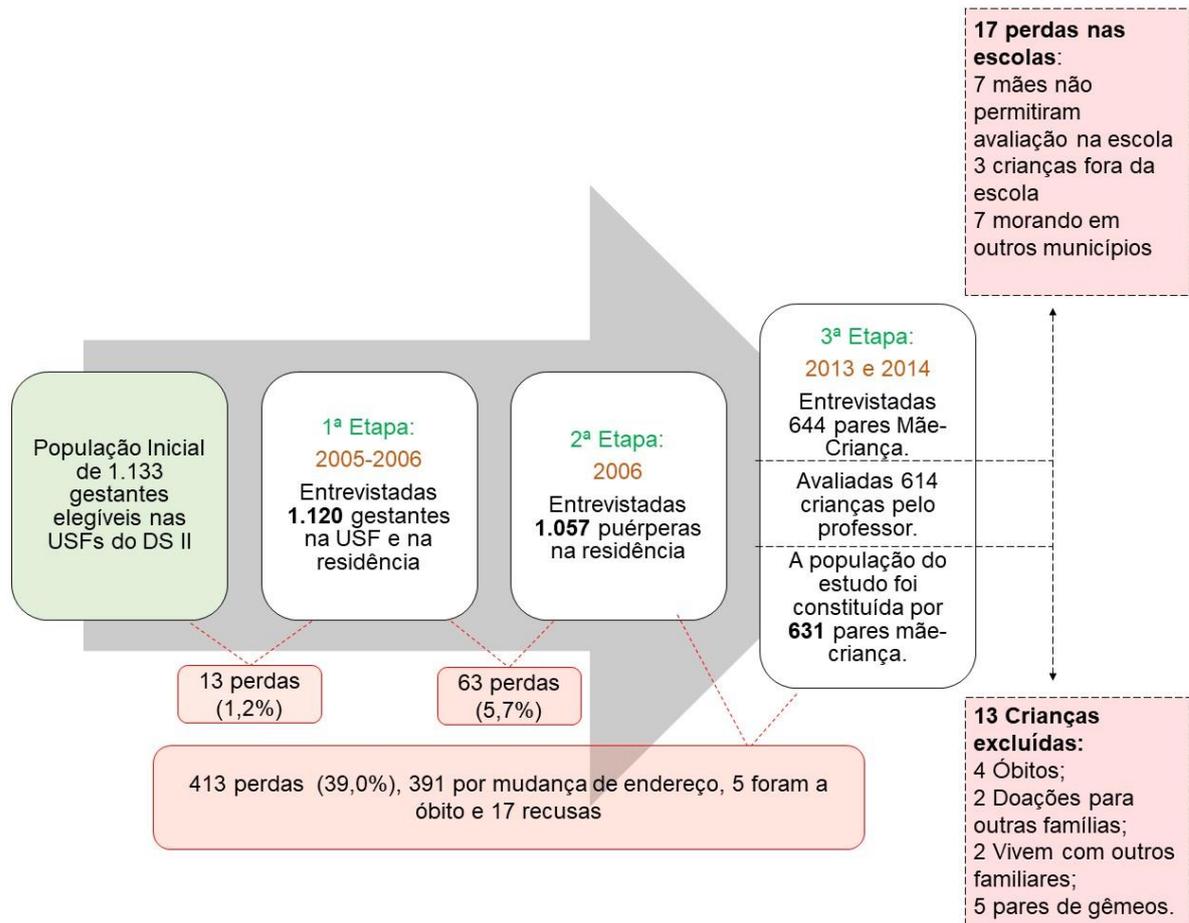
➤ **Na terceira etapa:** Foram entrevistadas 644 (61,5%) mulheres que haviam participado da 2ª fase. Realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças que nasceram em 2005 e 2006 tinham entre 7 e 9 anos de idade. Entre a segunda e a terceira fase 5 mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço, 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa. Dentre as crianças 4 foram a óbito, 2 foram doadas a outras famílias, 2 moravam com outros familiares e 5 pares de gêmeos foram excluídos do estudo com suas respectivas mães. A população do presente estudo foi constituída por 631 pares mãe-criança com dados completos.

Neste estudo foram utilizadas as variáveis da 3ª etapa sobre as condições socioeconômicas e demográficas das mulheres e saúde mental. As mães responderam ainda ao questionário sobre características da criança, exposição da criança a situações de violência e desenvolvimento psicossocial.

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 e pelos professores.

Figura 1- Ilustração do desenho do estudo e amostra nas 3 etapas da pesquisa



Fonte: o autor, 2019.

5.3 Definição das variáveis

5.3.1 Variável independente

- **Transtornos Mentais (TM)**

Os TM foram avaliados pelo *Self Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e pela *Edimburg Postpartum Depression Scale* (EPDS).

- **Momento dos TM**

O momento do diagnóstico (ou aparecimento) dos TM na mãe foi categorizado em:

1. Um momento:

- Só na gravidez;
- Só no puerpério;
- 7 anos após o parto;

2. Dois momentos:

- Na gravidez e no puerpério;
- Na gravidez e 7 anos após o parto;
- No puerpério e 7 anos após o parto;

3. Três momentos:

- Na gravidez, no puerpério e 7 anos após o parto.

5.3.2. Variável dependente

- Problemas comportamentais e emocionais da criança

5.3.3 Covariáveis

As covariáveis referem-se aos:

- Aspectos socioeconômicos e demográficos da mulher na terceira etapa;
- Aspectos demográficos da criança;
- Se o companheiro é o pai da criança;
- Tipo de escola da criança;
- Se a criança tem irmão.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

5.4.1 Questionário da mulher (1ª etapa)

O questionário da mulher foi elaborado tendo como referência o Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Investiga as diversas formas de violência contra a mulher, os fatores associados, suas consequências para a saúde e as estratégias utilizadas pelas mulheres para seu enfrentamento, as atitudes das mulheres com relação aos papéis de gênero, além da saúde mental e reprodutiva.

O questionário da mulher é composto por onze seções das quais iremos trabalhar no presente estudo apenas a destacada abaixo:

SEÇÃO 1- Características socioeconômicas e demográficas da mulher

SEÇÃO 2- História reprodutiva e contraceptiva

SEÇÃO 3- Gravidez atual

SEÇÃO 4- Saúde mental

SEÇÃO 5- Parceiro atual ou mais recente

SEÇÃO 6- Atitudes com relação aos papéis de gênero

SEÇÃO 7- A entrevistada e seu parceiro atual (ou mais recente)

SEÇÃO 8- Outras experiências

SEÇÃO 9- Impacto e enfrentamento

SEÇÃO 10- Autonomia financeira

SEÇÃO 11- Complemento

O instrumento utilizado na Seção 4 para avaliar a saúde mental atual das mulheres foi:

a) *Self Reporting Questionnaire- 20 (SRQ-20)*, que é um instrumento elaborado pela OMS para detecção de problemas psiquiátricos na atenção primária à saúde para países em desenvolvimento (HARDING et al. 1980), composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais apresentados nos últimos 30 dias. O SRQ-20 foi validado, no Brasil, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (MARI; WILLIAMS, 1986) e, em Pernambuco, de 62% e 80%, respectivamente (LUDERMIR; LEWIS, 2005). Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para

este estudo foi definido em 7/8 (baseado nos resultados de MARI; WILLIAMS, 1986, FACUNDES; LUDERMIR, 2005) e as mulheres foram divididas em dois grupos: não suspeitas de Transtorno Mental Comum (TMC) (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito).

5.4.2 Questionário da puérpera (2ª etapa)

O questionário da puérpera é composto por quatorze seções, na qual iremos trabalhar no presente estudo apenas a destacada:

SEÇÃO 1 – Situação atual

SEÇÃO 2 – Pré-natal

SEÇÃO 3 – Parto e pós-parto

SEÇÃO 4 – Depressão pós-parto

SEÇÃO 5 – Sobre o recém-nascido

SEÇÃO 6 – Apoio social

SEÇÃO 7 – História contraceptiva atual

SEÇÃO 8 – História da gravidez anterior à última

SEÇÃO 9 – O último aborto induzido

SEÇÃO 10 – Informações complementares sobre o último aborto

SEÇÃO 11 – Violência sexual

SEÇÃO 12 – Sexualidade

SEÇÃO 13 – A entrevistada e seu companheiro atual (ou mais recente)

SEÇÃO 14 – Sentimentos da mãe após o parto

O instrumento utilizado na Seção 4 para avaliar a saúde mental atual das mulheres foi:

a) *Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS)*, é um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. Foi desenvolvida em 1987 na Grã-Bretanha como um instrumento específico para identificar a depressão após o parto (COX, HOLDEN, SAGOVSKY, 1987). A escala foi validada no Brasil e os estudos realizados confirmaram a sua confiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão no período após o parto (CANTILINO, SOUGEY, 2003; SANTOS, MARTINS, PASQUALI, 2000). As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são

cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos (DINIZ, SCHLOTTFELDT, FIGUEIRA, CORRÊA, 2010; MATTHEY, HENSHAW, ELLIOTT, BARNETT, 2006). No Reino Unido, a escala apresentou sensibilidade de 86% e especificidade de 78% e no Brasil apresentou sensibilidade de 72% e especificidade de 88% (COX, HOLDEN, SAGOVSKY, 1987; SANTOS, MARTINS, PASQUALI, 2000).

5.4.3 Questionário da mulher e da criança (3ª etapa)

O questionário é composto por duas partes, a primeira que diz respeito a mulher, possuindo oito seções e a segunda que diz respeito a criança, apresentando seis seções. Através dele é possível investigar a saúde da criança e sua exposição em situações de violência por parceiro íntimo da mãe. É composto pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e de dezessete seções no total, nesse estudo iremos trabalhar as seções destacadas:

SEÇÃO 1- Características socioeconômicas e demográficas da mulher

SEÇÃO 2- Parceiro atual ou mais recente

SEÇÃO 3- Apoio Social

SEÇÃO 4- Sentimentos da mãe

SEÇÃO 5- Saúde mental- SRQ-20

SEÇÃO 6- Transtorno por estresse pós-traumático

SEÇÃO 7- A entrevistada e seu companheiro nos últimos 7 anos e nos últimos 12 meses e outros agressores

SEÇÃO 8- Impacto e enfrentamento

SEÇÃO 9 – Identificação da criança

SEÇÃO 10 – Sobre as experiências da criança

SEÇÃO 11 – Sintomas gastrointestinais

SEÇÃO 12 – *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* – versão pais

SEÇÃO 13 – Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) – versão pais

SEÇÃO 14 – Temperamento

SEÇÃO 15 – Sobre as experiências da criança com a exposição à violência

SEÇÃO 16 – Escala tática de conflitos (CTSPC) – versão mãe-criança

SEÇÃO 17 – Impacto da exposição da criança à violência e enfrentamento

5.4.3.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher

As variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher foram extraídas da seção 1.

Quadro 1 – Variáveis socioeconômicas e demográficas da mulher

Variável	Definição	Categorização
Idade em anos	Foi categorizada em grupos etários	24- 27 anos ≥ 28 anos
Raça/cor	Avaliada segundo autoclassificação	Branca Não branca
Situação conjugal	Se a mulher tem marido/companheiro	Sim Não
Companheiro pai da criança	Se o companheiro atual é o pai da criança	Sim Não
Escolaridade	Anos de estudo	Entre 0 e 4 ≥5
Renda mensal	Calculada com base no salário mínimo de 2013	< R\$678,00 ≥ R\$678,00
Moradia Própria	Se a casa da entrevistada é própria	Sim Não
Chefe do Domicílio	Se a entrevistada é a chefe do domicílio	Sim Não
Empregada	Se a entrevistada apresenta algum tipo de ocupação	Sim Não

5.4.3.2- Variáveis do estilo de vida da mulher

As variáveis do estilo de vida relacionados à mulher foram extraídas da seção 1

Quadro 2 – Variáveis do estilo de vida da mulher

Variável	Definição	Categorização
Uso de álcool	Se a mulher faz ou fez uso de álcool	Sim Não

5.4.3.3 Variáveis demográficas da criança

No questionário, as variáveis demográficas relacionadas à criança foram obtidas através da seção de identificação.

Quadro 3 – Variáveis demográficas da criança

Variável	Definição	Categorização
Idade	Idade da criança, em anos. Será categorizada em grupos etários	6-7 8-9
Sexo	A categoria a qual pertence a criança	Masculino Feminino
Escolaridade	Se a criança frequenta a escola	1 ano ≥ 2 anos
Frequentou creche	Se a criança frequentou creche antes de iniciar a escolaridade	Sim Não

	formal	
Possui irmãos	Se a criança possui irmãos	Sim Não
Tipo de escola	Tipo de escola que a criança estuda	Particular Pública

O instrumento utilizado na Seção 3 para avaliar os problemas de comportamento e emocionais nas crianças foi:

a) ***Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ***, desenvolvido por Goodman (1997) é largamente usado para rastrear dificuldades comportamentais e emocionais (ALVIM et al., 2008; GOODMAN et al., 2000; STONE et al., 2010; VITOLLO et al., 2005; WOERNER et al., 2004).

Em um estudo de revisão sobre suas propriedades psicométricas foram demonstrados índices positivos de validade e fidedignidade em 21 países, incluindo o Brasil, o que assegura o seu alcance transcultural e sua aplicabilidade na área da saúde mental das crianças (SAUR; LOUREIRO, 2012). Foi comparado com outros questionários, mostrando-se equivalente e com algumas vantagens, como ser de rápida aplicação, ter acesso livre e a aceitabilidade entre os entrevistados (FLEITLICH; GOODMAN, 2000; GOODMAN et al., 1997; GOODMAN; SCOTT, 1999).

Pode ser administrado para pais e professores de crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos e auto-administrado para adolescentes entre 11 e 16 anos (GOODMAN; SCOTT, 1999). É constituído por 25 atributos, alguns positivos e outros negativos, divididos em cinco escalas, contendo cinco itens cada, que geram escores para comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas.

A escala sobre comportamento pró-social é analisada separadamente e escores mais altos significam maior frequência de comportamentos pró-sociais. Nas outras escalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior é a chance de a criança ser um “caso”.

As respostas podem ser: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro e são baseadas no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

A pontuação para cada escala é a soma das pontuações dos cinco itens, variando de 0 a 10. As pontuações nas cinco escalas de dificuldades são somadas para gerarem uma pontuação total, que varia entre 0 e 40. Os escores do SDQ na versão respondida pela mãe da criança pode variar entre 0 a 13 pontos (normal), 14 a 16 pontos (limítrofe) e 17-40 pontos (anormal).

Quando respondido pelos pais e professores os escores de pontuação foram diferentes. As respostas das crianças não foram avaliadas porque nesta amostra a idade variou de 6 a 9 anos. Na análise bivariada entre o SDQ respondido pelos professores e outras variáveis, Silva et al. (2016) não encontrou diferenças estatisticamente significantes entre os grupos analisados utilizando esse instrumento.

O SDQ respondido pelos professores apresentou percentuais menores que o SDQ respondido pelas mães. A sobrecarga dos professores e a precariedade da estrutura física de muitas escolas, certamente dificultaram o bem-estar e satisfação dos professores e podem ter contribuído para esse resultado. Por esta razão nesse estudo analisaremos apenas o SDQ respondido pelas mães.

5.5 Análise dos dados

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 da amostra pelas variáveis estudadas, além de estimadas a prevalência dos TM nas mães e a incidência dos Problemas comportamentais e emocionais da criança. A associação entre os problemas de comportamento da criança (variável dependente) e os TM das mulheres durante a gravidez e após o parto (variável independente) foi estimada pelo Risco Relativo bruto e ajustado. A significância estatística foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do $p < 0,05$. A regressão de *Poisson* foi utilizada para analisar a independência da associação dos TM maternos com os Problemas comportamentais e emocionais da criança. As co-variáveis

incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que, no presente estudo, mostraram-se associadas com o TM e com o SDQ com valor de $P < 0,10$.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista, tentando assegurar proteção às entrevistadas de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares ou vizinhos. Os questionários da pesquisa foram identificados por um número e guardados imediatamente após a entrevista. Constam de um TCLE, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres foram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões. Foram elaborados miniguias de serviços em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais 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. Em situações de violência severa atual, as gestantes foram orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres em situação de violência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco – O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013).

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como característico dos estudos de coorte esta pesquisa sofreu algumas perdas de seguimento. Assim, foram adotadas medidas para minimizar as perdas no seguimento da coorte. Antes de iniciar a terceira fase do trabalho de campo a equipe de coordenação da pesquisa organizou uma lista das mulheres que foram entrevistadas durante a gravidez / puerpério por USF. Todas as USF do DS II foram visitadas pela coordenadora do trabalho de campo para checar se as mulheres ainda permaneciam cadastradas nas mesmas unidades e solicitar a colaboração dos profissionais de saúde para a sua localização. Permaneciam cadastradas nas mesmas USF aproximadamente 70% da amostra original. Para algumas mulheres que não estavam mais cadastradas na USF, obtivemos informação com a equipe de saúde da família sobre onde elas estavam morando, e para as outras, tentamos localizá-las através de informações de vizinhos ou familiares. Todas as 1.057 mulheres que participaram da avaliação no puerpério foram convidadas e estimuladas a participar da nova entrevista através de cartas personalizadas entregues em seus domicílios pelas ACS ou pelas entrevistadoras.

Os recortes de idade e a localização do estudo em áreas de pobreza do Recife apenas limitam a possibilidade de generalização dos resultados para as mulheres e crianças excluídas, ou seja, aquelas com maior poder aquisitivo.

A fim de garantir a confiabilidade da informação coletada foram também adotados os seguintes procedimentos:

1. Observação de entrevistas pela coordenadora de campo, a fim de avaliar e aprimorar o desempenho das entrevistadoras.
2. Realização de re-entrevistas pela supervisora de campo.
3. Acompanhamento do desempenho das entrevistadoras por meio da correção dos questionários, com avaliação das informações obtidas e checagem da consistência interna dos dados.
4. Discussão dos casos e *feedback* sobre os achados do controle de qualidade através de reuniões semanais entre coordenadora de campo, equipe central e entrevistadoras, a fim de aprimorar o trabalho de campo e a condução das entrevistas.

8 RESULTADOS

8.1 ARTIGO ORIGINAL- Transtornos Mentais das mães na gestação e após o parto e problemas no desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos

Mother's Mental Disorders In Pregnancy and after childbirth and problems in their children's behavioral and emotional development

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a associação dos Transtornos Mentais nas mães durante a gestação e após o parto com os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com mulheres grávidas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco em 2005-2006. As mulheres foram entrevistadas na gestação, no pós-parto e seis a nove anos após o parto, quando foram avaliados 631 pares mãe-crianças. Em cada contato, as mulheres foram questionadas sobre a experiência de transtornos mentais e na terceira etapa sobre os problemas comportamentais e emocionais dos seus filhos no início da escolaridade formal. A saúde mental da mãe, atual e na gravidez, foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire- 20 (SRQ-20)* e a depressão após o parto pela *Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS)*. Os problemas comportamentais e emocionais dos filhos foram rastreados pelo *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*. Foram estimados os riscos relativos brutos e ajustados para a associação estudada, utilizando-se a regressão de Poisson. Das 631 mães, 353 (55,9%) tiveram transtornos mentais em algum momento da pesquisa. A incidência dos problemas comportamentais e emocionais das crianças foi de 31,5%. A associação entre os transtornos mentais maternos e os problemas comportamentais e emocionais das crianças apresentou significância estatística. As mães com altos escores de TM em 1 momento ($RR_{ajustado} = 1,56$; IC95% 1,1-2,1), em 2 momentos ($RR_{ajustado} = 2,32$; IC95% 1,7-3,2) e em 3 momentos ($RR_{ajustado} = 2,90$ IC95% 2,0-4,0) apresentaram uma probabilidade maior de terem filhos com problemas comportamentais e emocionais quando comparadas com as que não tiveram TM. Através dos resultados desse estudo, observou-se uma relação dose-resposta relacionando a frequência de transtorno mental materno e a ocorrência de problemas comportamentais e emocionais na criança em idade escolar.

Descritores: Transtornos Mentais. Depressão. Comportamento Infantil. Emoções. Criança.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento é um processo que envolve múltiplos aspectos indispensáveis para que a criança consiga responder às suas necessidades e do seu meio diante do contexto que vive. Esses aspectos não se resumem apenas ao crescimento físico, mas também à maturação neurológica, comportamental, cognitiva, afetiva e social.¹ Desta forma, o desenvolvimento deve ser avaliado, por levar em consideração que todos os ambientes em que a criança vive e aprende fazem parte deste processo, assim como sua relação com as pessoas que desempenham as funções parentais e de cuidadores.^{2,3}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) avalia a importância dos determinantes sociais nos primeiros anos de vida por considerar que estes influenciam na saúde infantil e são fatores de risco para o desenvolvimento quando tratamos das condições do meio em que vive a criança. Caracterizados pelos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que interferem nas crenças, comportamento e biologia, os determinantes sociais abordam os diversos mecanismos que provocam as desigualdades entre grupos populacionais e conseqüentemente afetam o desenvolvimento emocional infantil e de seus familiares⁴.

Estudos afirmam que a primeira condição para que uma criança se desenvolva é o afeto do seu cuidador, pois a falta desse cuidado nos primeiros anos de vida pode deixar marcas no seu desenvolvimento^{5,6}. Geralmente, o ambiente doméstico e as pessoas que circundam a criança são as principais fontes de referência e estímulo para esse amadurecimento, porém a mãe é a pessoa mais indicada para se adaptar às necessidades do filho devido ao desenvolvimento do apego, que nada mais é do que o vínculo recíproco e duradouro entre o bebê e sua cuidadora.⁷

Bowlby⁸ descreveu que a relação calorosa e íntima da mãe irá interferir na saúde mental do seu filho, desenvolvendo então a teoria do apego. Spitz⁹ considera que a relação mãe-bebê é mantida por vínculos afetivos extremamente poderosos, constituindo a base de segurança do bebê e o protótipo de relacionamento que ele irá aplicar na construção de relacionamentos com outras pessoas.

Para alguns autores, a saúde mental materna pré e pós gestacional pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da criança, a partir do

momento que afeta a qualidade e a disponibilidade do cuidado e a interação mãe/filho^{10,11}.

Diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos são responsáveis pelo nível de saúde mental de uma pessoa. A evidência mais clara está associada aos indicadores de pobreza, incluindo baixos níveis de escolaridade como é o caso das pressões socioeconômicas contínuas que são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades¹².

Os Transtornos Mentais (TM) são caracterizados por alguns sintomas, nos quais podem se apresentar como depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas. Estudos apontam que existe uma maior prevalência de TM nas mulheres, com baixos níveis de escolaridade e baixa renda⁵.

Os estados de ansiedade são frequentes nas mulheres em idade reprodutiva, sem companheiros, com maior número de filhos, com diversas situações geradoras de estresse e falta de apoio social¹³. Outros estudos mostram que os TM, principalmente a depressão materna^{14,15} estão associados a fatores que comprometem o desenvolvimento infantil.

A presença dos TM nas mães diminui sua capacidade e intensidade de estabelecer uma sincronia com suas crianças, dificultando os estímulos necessários para seu desenvolvimento¹⁶. Além disso, elas se apresentam mais ansiosas, inseguras e com pensamentos negativos, se envolvendo pouco nas brincadeiras, interagindo menos com seus filhos e apresentando uma dificuldade de perceber as necessidades deles com menos disponibilidade e afeto¹⁰.

Diante do contexto em que o desenvolvimento comportamental e emocional das crianças pode ser comprometido por diversos fatores, inclusive a saúde mental das mães faz-se necessária a investigação e explorações teóricas que abordem essa relação visando a insuficiência de estudos longitudinais que avaliam esse processo.

O presente estudo analisa a relação entre TM que afetam as mães na gestação e após o parto com os problemas no desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos.

MÉTODOS

Estudo de coorte prospectivo, realizado com mulheres cadastradas em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) do DSII da cidade do Recife. Foram conduzidas três etapas. 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”*.

A 3ª etapa da coorte foi realizada nos anos de 2013 e 2014 com mulheres e crianças, delimitada para investigar as *“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 1ª etapa foram entrevistadas 1.120 (98,9%) gestantes no período de julho de 2005 a outubro de 2006 na USF que fazia seu pré-natal. Na 2ª etapa 1.057 (94,3%) puérperas foram re-entrevistadas após o parto. Na 3ª etapa, foram entrevistadas 644 (61,5%) mulheres que haviam participado da 2ª fase. Entre a segunda e a terceira fase 5 mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço, 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa. Dentre as crianças 4 foram a óbito, 2 foram doadas a outras famílias, 2 moravam com outros familiares e 5 pares de gêmeos foram excluídos do estudo com suas respectivas mães. A população do presente estudo foi constituída por 631 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 estatística entre a idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e relatos de violência pelo parceiro íntimo¹⁷ entre as mulheres que fizeram parte desta etapa do estudo e aquelas que não fizeram.

A variável independente TM foi avaliada pelo *Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)* e pela *Edimburg Postpartum Depression Scale (EPDS)*. O SRQ-20, instrumento elaborado pela OMS para detecção de problemas psiquiátricos na atenção primária à saúde para países em desenvolvimento¹⁸, é composto de 20 questões do tipo sim-não, sendo 4 sobre sintomas físicos e 16 sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, no Brasil, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80%¹⁹ e, em Pernambuco, de 62% e 80%, respectivamente²⁰. Na

análise de dados foi atribuído 1 ponto para cada resposta afirmativa e 0 para cada resposta negativa. O escore de corte do *SRQ-20* para este estudo foi definido em 7/8, e as mulheres foram divididas em dois grupos: não suspeitas de Transtorno Mental Comum (TMC) (escore ≤ 7) e suspeitas de TMC (escore ≥ 8).²¹

A *EPDS* mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida, simples e de autoavaliação, composta por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério²². Foi desenvolvida em 1987 na Grã-Bretanha como um instrumento específico para identificar a depressão pós parto (DPP)²³. A escala foi validada no Brasil e os estudos realizados confirmaram a sua confiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão no período após o parto^{24,25}. No Reino Unido, apresentou sensibilidade de 86% e especificidade de 78% e no Brasil apresentou sensibilidade de 72% e especificidade de 88%²³. As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade²⁴. Os TM foram também analisados de acordo com o momento da sua ocorrência: nenhum, 1 só momento, 2 momentos e 3 momentos.

A variável dependente, *Problemas comportamentais e emocionais da criança*, foi avaliada pelo *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, desenvolvido por Goodman²⁶. O instrumento é de rápida aplicação, de livre acesso, amplamente usado e apresentou índices positivos de validade e fidedignidade em 21 países, incluindo o Brasil, o que assegura o seu alcance transcultural e sua aplicabilidade na área da saúde mental das crianças²⁷.

Pode ser administrado para pais e professores de crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos e auto-administrado para adolescentes entre 11 e 16 anos²⁸. É constituído por 25 atributos, alguns positivos e outros negativos, divididos em cinco escalas, contendo cinco itens cada, que geram escores para comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas. A escala sobre comportamento pró-social é analisada separadamente e escores mais altos significam maior frequência de comportamentos pró-sociais. Nas outras escalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior é a

chance de a criança ser um “caso”. As respostas podem ser: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro e são baseadas no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso. A pontuação para cada escala é a soma das pontuações dos cinco itens, variando de 0 a 10. As pontuações nas cinco escalas de dificuldades são somadas para gerarem uma pontuação total, que varia entre 0 e 40. Os pontos de corte recomendados^{26,27} são: 0–13 pontos para categorizar as crianças normais, 14–16 para limítrofes e 17–40 para anormais. Foi utilizada a pontuação total do *SDQ*. Uma criança com uma pontuação de 17 ou mais foi considerada com alto risco de problemas de saúde mental e agrupados como “anormais”. “Limítrofes” foram agrupados com “normais”.

As covariáveis das mulheres na terceira etapa da pesquisa foram: idade (24-27 anos/ ≥ 28 anos), raça/ cor (branca/ não branca), anos de escolaridade (0-4 anos/ ≥ 5) , situação conjugal (com companheiro/ sem companheiro), renda mensal (\geq R\$678,00/ sem renda $<$ R\$678,00), moradia própria (sim/ não), chefe do domicílio (sim/não), possui emprego (sim/ não), parceiro sendo o pai da criança (sim/não) e uso de álcool (sim/ não).

As covariáveis das crianças foram: idade (6-7 anos/ 8-9 anos), sexo (feminino/ masculino), série (1º ano/ ≥ 2 anos), frequentou creche (não/ sim), possui irmãos (sim/ não) e tipo de escola (particular/ pública).

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 TM nas mães e a incidência dos problemas comportamentais e emocionais da criança. A associação entre os problemas de comportamento e emocionais da criança e os TM das mulheres durante a gravidez e após o parto foi estimada pelo Risco Relativo bruto e ajustado, considerando o intervalo de confiança a 95%. Para verificar a associação entre as variáveis foi utilizado o teste do Qui-Quadrado considerando o valor do $p < 0,05$. A regressão de *Poisson* foi utilizada para analisar a independência da associação dos problemas comportamentais e emocionais da

criança com os TM nas mães. As covariáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que, no presente estudo, mostraram-se associadas com TM nas mães e com o *SDQ* com valor de $p < 0,10$.

O cálculo da frequência dos TM maternos foi realizado considerando todos os casos de TM na gestação, no puerpério e sete anos após o parto.

A incidência dos problemas comportamentais e emocionais dos filhos foi considerada como todos os casos que apresentaram o *SDQ* ≥ 17 na terceira etapa da pesquisa.

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 prevalência dos TM maternos foi de 57,0% e a incidência dos problemas comportamentais e emocionais das crianças foi de 31,5%. Os TM maternos foram agrupados em sim e não (Tabela 1). A distribuição das características sociodemográficas das mães mostrou que houve um predomínio de mulheres da faixa etária ≥ 28 anos (86,7%). A maioria se definiu com raça/cor da pele não branca (81,7%) e com ≥ 5 anos de instrução (84%). Mais da metade das mulheres (66,4%) recebiam menos de um salário mínimo ou não tinham renda; 50,5% não possuíam emprego formal ou informal; 68,8% possuíam moradia própria, mas a maioria (71%) não era chefe da casa na qual residia. Possuíam um parceiro 80,7% dessas mulheres, no qual 64% dos companheiros era o pai da criança. No que diz respeito ao estilo de vida 56,1% das mulheres faziam uso de bebidas alcoólicas. Quanto às características demográficas das crianças, houve um discreto predomínio da faixa etária entre 8-9 anos (51,5%), do sexo feminino (50,8%). A maioria não frequentou a creche (88,4%); 79% das crianças possuíam irmãos e 47,0% frequentavam a escola particular (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e estilo de vida da mãe e características demográficas das crianças e sua associação com os Transtornos Mentais maternos. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.

Variável	N= 631 n (%)	TM		RR (IC95%)	p
		Não n (%)	Sim n (%)		
Características da mãe					
Idade					
24-27	84 (13,3)	38 (14,0)	46 (12,8)	1,0	0,649
≥ 28	547 (86,7)	233 (86,0)	314 (87,2)	1,04 (0,8-1,3)	
Raça/Cor^a					
Branca	113 (17,9)	51 (18,8)	62 (17,2)	1,0	0,854
Não Branca	516 (81,7)	219 (80,8)	297 (82,5)	1,04 (0,9-1,2)	
Anos de estudo					
0-4	101 (16,0)	31 (11,4)	70 (19,5)	1,26 (1,1-1,4)	0,007
≥ 5	530 (84,0)	240 (88,6)	290 (80,5)	1,0	
Renda Mensal					
Sem renda/ <R\$678,00	419 (66,4)	168 (62,0)	251 (69,7)	1,16 (1,0-1,3)	0,042
≥ R\$678,00	212 (33,6)	103 (38,0)	109 (30,3)	1,0	
Empregada					
Não	319 (50,5)	127 (46,9)	192 (53,3)	1,1 (1,0- 1,3)	0,108
Sim	312 (49,4)	144 (53,1)	168 (46,7)	1,0	
Moradia Própria					
Não	197 (31,2)	67 (24,7)	130 (36,1)	1,24 (1,0-1,4)	0,002
Sim	434 (68,8)	204 (75,3)	230 (63,9)	1,0	
Chefe da casa					
Não	448 (71,0)	212 (78,2)	236 (65,6)	1,29 (1,1-1,5)	<0,001
Sim	183 (29,0)	59 (21,8)	124 (34,4)	1,0	
Com parceiro					
Não	122 (19,3)	54 (19,9)	68 (19,0)	1,0	0,74
Sim	509 (80,7)	217 (80,1)	292 (81,0)	1,0	
Companheiro pai da criança					
Não	227 (36,0)	80 (29,5)	147 (40,8)	1,21 (1,0-1,4)	0,003
Sim	404 (64,0)	191 (70,5)	213 (59,2)	1,0	
Estilo de vida					
Faz/Fez uso de álcool					
Sim	354 (56,1)	132 (48,7)	222 (61,7)	1,25 (1,0-1,4)	0,001
Não	277 (43,9)	139 (51,3)	138 (38,3)	1,0	
Características da criança					
Idade					
6-7	306 (48,5)	124 (45,8)	182 (50,6)	0,92 (0,8-1,0)	0,23
8-9	325 (51,5)	147 (54,2)	178 (49,5)	1,0	
Sexo					
Feminino	321 (50,9)	143 (52,7)	178 (49,4)	1,0	0,40
Masculino	310 (49,1)	128 (47,2)	182 (50,6)	1,05 (0,9-1,2)	
Série					
1 ano	227 (36,0)	99 (36,5)	128 (35,6)	1,0	0,8
≥ 2 anos	404 (64,0)	172 (63,5)	232 (64,4)	1,0	
Frequentou a creche					
Não	558 (88,4)	255 (94,1)	303 (84,2)	0,7 (0,6-0,8)	< 0,001
Sim	73 (11,5)	16 (5,9)	57 (15,8)	1,0	
Possui irmãos					
Sim	499 (79,0)	196 (72,3)	303 (84,2)	1,0	< 0,001
Não	132 (20,9)	75 (27,7)	57 (15,8)	0,73 (0,6-0,9)	
Tipo de Escola^b					
Pública	333 (52,7)	125 (46,1)	208 (57,8)	1,23 (1,0-1,4)	0,006
Particular	296 (47,0)	146 (53,9)	150 (41,7)	1,0	

Valores perdidos: ^(a) 3, ^(b) 2

A análise bivariada das características socioeconômicas e demográficas das mães e as características demográficas das crianças com as dificuldades

comportamentais e emocionais da criança (Tabela 2), identificou que as crianças que estudam na escola pública (RR= 1,5; p=0,002) apresentam maiores dificuldades comportamentais e emocionais avaliadas pela mãe. Além disso, os filhos de mulheres com baixa escolaridade, baixa renda, desempregadas, sem moradia própria e que não são chefe do domicílio também apresentam maiores dificuldades comportamentais e emocionais avaliadas pela mãe. Não frequentar a creche e não possuir irmão foram fatores protetores para esta situação. Das 631 mulheres acompanhadas, 360 tiveram TM em algum momento da pesquisa, sendo a frequência de 57,0% de TM nas mães. Na gravidez 89 (14,1%) das mulheres apresentaram TM. Após o parto 128 (20,3%) mulheres apresentaram TM, dessas, 33 (5,2%) tiveram DPP, 61 (9,7%) tiveram TM após 7 anos da gravidez e 34 (5,4%) tiveram DPP e TM após 7 anos da gravidez.

Tabela 2. Características socioeconômicas e demográficas da mãe e da criança e sua associação com as dificuldades comportamentais e emocionais da criança avaliada pela mãe, risco relativo (RR), intervalo de Confiança (IC 95%) e valores de p. Recife, Pernambuco, Brasil, 2013-2014.

Variável	N=631 n (%)	SDQ		RR (IC95%)	P
		≤ 16 n (%)	≥ 17 n (%)		
Características da mãe					
Idade					
24-27	84 (13,3)	53 (12,3)	31 (15,6)	1,0	
≥ 28	547 (86,7)	379 (87,7)	168 (84,4)	0,83 (0,6-1,1)	0,25
Raça/Cor^a					
Branca	113 (18,0)	88 (20,3)	25 (12,6)	1,0	
Não Branca	516 (82,0)	342 (79,1)	174 (87,4)	1,51 (1,0-2,1)	0,01
Anos de estudo					
0-4	101 (16,0)	61 (14,1)	40 (20,0)	1,32 (1,0-1,7)	0,05
≥ 5	530 (84,0)	371 (86,0)	159 (80,0)	1,0	
Renda mensal					
Sem renda/ < R\$678,00	419 (66,4)	270 (62,5)	149 (75,0)	1,50 (1,1-1,9)	0,002
≥ R\$678,00	212 (33,6)	162 (37,5)	50 (25,0)	1,0	
Empregada					
Não	319 (50,5)	199 (46,0)	120 (60,3)	1,48 (1,1-1,8)	<0,001
Sim	312 (49,5)	233 (54,0)	79 (39,7)	1,0	
Moradia própria					
Não	197 (31,3)	123 (28,5)	74 (37,2)	1,30 (1,0-1,6)	0,02
Sim	434 (68,7)	309 (71,5)	125 (62,8)	1,0	
Chefe da casa					
Não	448 (71,0)	317 (73,4)	131 (65,8)	0,78(0,6-0,9)	0,05
Sim	183 (29,0)	115 (26,6)	68 (34,1)	1,0	
Com parceiro					
Não	122 (19,3)	77 (17,8)	45 (22,6)	1,21 (0,9-1,5)	0,15
Sim	509 (80,7)	355 (82,2)	154 (77,4)	1,0	
Companheiro pai da criança					
Não	227 (36,0)	149 (34,5)	78 (39,2)	1,14 (0,9 -1,4)	0,01
Sim	404 (64,0)	283 (65,5)	121 (60,8)	1,0	

Continuação

Variável	N=631 n (%)	SDQ		RR (IC95%)	P
		≤ 16 n (%)	≥ 17 n (%)		
Faz/ Fez uso de álcool					
Sim	354 (56,2)	235 (54,5)	119 (59,8)	1,16 (0,9-1,4)	0,20
Não	277 (43,8)	196 (45,5)	80 (40,2)	1,0	
Características da criança					
Idade					
6-7	306 (48,5)	206 (47,7)	100 (50,3)	1,0	0,54
8-9	325 (51,5)	226 (52,3)	99 (49,7)	0,93 (0,7-1,1)	
Sexo					
Feminino	321 (50,8)	223 (51,6)	98 (49,3)	1,0	0,57
Masculino	310 (49,2)	209 (48,4)	101 (50,7)	1,06 (0,8-1,3)	
Série					
1 ano	227 (36,0)	146 (33,8)	81 (40,7)	1,0	0,09
≥ 2 anos	404 (64,0)	286 (66,2)	118 (59,3)	0,81 (0,6-1,0)	
Frequentou a creche					
Não	558 (88,4)	390 (90,3)	168 (84,4)	0,7 (0,5-0,9)	0,03
Sim	73 (11,6)	42 (9,7)	31 (15,6)	1,0	
Possui irmãos					
Sim	499 (79,0)	331 (76,6)	168 (84,4)	1,0	0,02
Não	132 (21,0)	101 (23,4)	31 (15,6)	0,69 (0,5-0,9)	
Tipo de Escola^b					
Pública	333 (52,7)	208 (48,1)	125 (62,8)	1,5 (1,1-1,9)	0,002
Particular	296 (47,0)	223 (51,6)	73 (36,7)	1,0	

Valores perdidos: ^(a) 2, ^(b) 2.

Na análise da associação entre as mulheres que apresentaram TM em algum momento da pesquisa com o SDQ respondido por elas (Tabela 3), os resultados indicaram que as crianças cujas mães foram diagnosticadas com TM na gravidez e 7 anos após o parto (8,9%), tiveram uma proporção de valores considerados anormais para o SDQ (53,6%) maior do que os considerados normais (46,4%). Da mesma forma que as mães que apresentaram TM nos 3 momentos da pesquisa (11,1%) tiveram uma proporção de valores considerados anormais para o SDQ (61,4%) maior do que os considerados normais (38,6%).

Tabela 3. Associação entre as mães que apresentaram TM em diferentes períodos da coorte com o SDQ respondido pela mãe. Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2014

TM	N= 631 N (%)	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)		P
		≤ 16 (normal)	≥ 17 (anormal)	
		N=432 n (%)	N=199 n (%)	
Nenhum	271 (42,9)	221 (81,5)	50 (18,5)	<0,001
TMg ^a	89 (14,1)	65 (73,0)	24 (27,0)	
DPP ^b	33 (5,2)	21 (63,6)	12 (36,4)	
TM ₇ ^c	61 (9,7)	41 (67,2)	20 (32,8)	
TMg+DPP	34 (5,4)	26 (76,5)	8 (23,5)	
DPP+ TM ₇	17 (2,7)	5 (29,4)	12 (70,6)	
TMg+ TM ₇	56 (8,9)	26 (46,4)	30 (53,6)	
TMg + DPP+ TM ₇	70 (11,1)	27 (38,6)	43 (61,4)	

^a Transtorno Mental na Gravidez

^b Depressão Pós-Parto

^c Transtorno Mental após 7 anos

A associação entre TM maternos e os problemas comportamentais e emocionais apresentou significância estatística tanto no modelo bruto quanto no modelo ajustado (Tabela 4). As mães com altos escores de TM em 1 momento (RR= 1,56; IC95% 1,1-2,1), em 2 momentos (RR= 2,32; IC95% 1,7-3,2) e em 3 momentos (RR= 2,90 IC95% 2,0-4,0) apresentaram uma probabilidade maior de terem filhos com problemas comportamentais e emocionais quando comparadas com as que não tiveram TM.

Tabela 4. Associação entre as mães que apresentaram TM em algum momento da coorte com o SDQ respondido pela mãe. Recife, Pernambuco, Brasil, 2005-2014

TM	N= 631 n (%)	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i>		RR bruto (IC 95%)	P	RR ajustado ^a (IC95%)	p
		≤ 16 (normal) n (%)	≥ 17 (anormal) n (%)				
Nenhum	271 (43,0)	221 (81,5)	50 (18,5)	1,0		1,0	
1 Momento	183 (29,0)	127 (69,4)	56 (35,6)	1,65 (1,2- 2,3)	0,007	1,56 (1,1-2,1)	0,009
2 Momentos	107 (17,0)	57 (53,3)	50 (46,7)	2,53 (1,8- 3,4)	<0,001	2,32 (1,7-3,2)	<0,001
3 Momentos	70 (11,0)	27 (38,6)	43 (61,4)	3,33 (2,4- 4,5)	<0,001	2,90 (2,0-4,0)	<0,001

^a Ajustado para as variáveis da mãe: anos de estudo, renda mensal, moradia própria, chefe da casa e companheiro é o pai da criança; da criança: frequentou a creche, possui irmãos, tipo de escola.

DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se prevalência elevada de TM nas mulheres (57,0%). O sofrimento psíquico do público feminino é crescente devido a vários fatores, inclusive a diversidade dos papéis desempenhados pelas mulheres nos últimos anos como cuidadora, mantenedora do lar, trabalhadora externa e outras atividades que podem gerar situações estressoras constantes independente do papel que ela ocupa.²⁹ Além das relações pessoais que podem estar fragilizadas e/ou desgastadas e a desigualdade/ exclusão social que são expressas através do desemprego, violência e pobreza.^{30,31} Essas características podem ter impactado significativamente nos resultados, pois as mulheres que apresentaram algum tipo de TM foram as com menor escolaridade, desemprego e baixa renda. Senicato et al (2018)³² encontraram uma prevalência de TMC 2,67 vezes mais elevadas em mulheres com menores anos de estudo, destacando que o acesso à educação e a renda proporcionada pelo trabalho remunerado possibilitam à mulher maior autonomia e poder de decisão, contribuindo para a sua autoestima e confiança, o que pode comprometer a saúde física e mental.

Além disso, ser chefe do domicílio gera também uma sobrecarga sobre as responsabilidades maternas, o que foi consistente nos resultados do presente estudo, em que as mulheres que relataram ser a chefe do domicílio apresentaram maior risco para os TM, como também para o desenvolvimento comportamental e emocional dos seus filhos. Provavelmente por estar sobrecarregada e não conseguir dar atenção e prestar os cuidados necessários para o desenvolvimento da criança³³.

A influência direta da saúde mental materna no desenvolvimento comportamental e emocional da criança vem sendo estudada por vários autores³⁴. Essa associação se dá pelo fato do desenvolvimento biopsicossocial da criança ser uma fase dos primeiros aprendizados, emoções, relações e habilidades sociais. Para que esse processo aconteça, as relações entre a criança e a pessoa cuidadora, que na maioria dos casos é a mãe, merecem estar fortalecidas com afeto e vínculos positivos e duradouros.^{5,6} Em revisão da literatura, Chemello, Levandowski & Donelli (2017)³⁵ encontraram que mães com transtornos de ansiedade apresentam expressões faciais positivas em menor intensidade, podendo comprometer a qualidade da interação mãe-filho. Além disso, Cardoso, Siquara & Freitas (2014)³⁶ identificaram que mães com depressão possuem um risco três vezes maior de terem filhos com problemas comportamentais e emocionais. Essa associação também foi avaliada no presente estudo considerando a depressão materna como um TM que ocorreu após o parto. Essa associação pode ocorrer devido às dificuldades que a mãe apresenta, como consequência do TM, tais como: expressar atitudes negativas e desatentas, se perceber incompetente como mãe, ter uma avaliação negativa do seu filho, dificuldades em práticas disciplinares dentre outras¹⁰.

A associação entre os problemas comportamentais e emocionais das crianças e os TM maternos indica que o sofrimento psíquico influencia a presença ou não de problemas comportamentais e emocionais nas crianças, o que pode influenciar na base de segurança nos primeiros anos de vida e nos tipos de relacionamentos que a criança irá construir em seu meio.⁶ Diversos estudos de revisão confirmam níveis semelhantes de associação, porém a grande maioria fez as análises específicas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) e DPP separadamente^{37, 38, 39}. Diferente da maioria dos estudos optamos em analisar os TMC e a DPP diante da possibilidade de acompanhar a mulher durante a gestação, puerpério e sete anos após o parto.

Em uma coorte de 1.140 gestantes realizada na região Norte do Brasil para investigar a associação entre a saúde mental materna e prejuízos na relação mãe-filho, os autores encontraram que sintomas depressivos na gestação e no pós-parto estiveram associados a maiores prejuízos na relação mãe-filho, justificado pelos agravos que a doença é capaz de desenvolver, gerando na mãe sintomas de irritação, tristeza e imprevisibilidade.⁴⁰

Constatou-se que o fato da criança estudar em escolas públicas, o companheiro da mãe não ser seu pai e a família não ter moradia própria foram fatores de risco para a associação estudada. Nesse sentido, estudar em escola pública no Brasil aumenta a probabilidade da criança em desenvolver problemas comportamentais e emocionais, já que é uma variável procedente de famílias de menor renda, e considerando que as crianças inseridas na rede pública não se encontram em igualdade quando comparadas com as crianças que estudam na rede particular.^{41,42}

Ainda sobre os fatores de risco, Bolze, Schmidt e Crepaldi (2020)⁴³ escreveram sobre as múltiplas novas formas de apresentação para o termo *família* e analisaram a importância das relações humanas nelas estabelecidas. Diante destas questões sinalizaram que o divórcio é considerado um fator estressor comum, ao mesmo tempo em que abre possibilidades para o recasamento e novos divórcios. Nos casos em que a mãe possui um novo companheiro que não é o pai da criança podemos considerar que são famílias recasadas. Essa configuração mostra-se complexa em virtude das diversas mudanças e dos realinhamentos relacionais que as famílias precisam enfrentar. Desta forma os resultados desta pesquisa corroboram com o que traz a literatura, ao afirmar que o divórcio e o recasamento geram demandas de adaptação dos membros familiares (adultos e crianças), podendo comprometer seu desenvolvimento e seu bem-estar a depender da forma como essas mudanças são vivenciadas.

Não frequentar a creche, não possuir irmãos e a mãe não ser a chefe do domicílio foram fatores de proteção para a frequência dos TM nas mães e dos problemas comportamentais e emocionais dos filhos. Esses fatores podem ser compreendidos como recursos que amenizam ou inibem o impacto do risco, podendo favorecer os comportamentos e emoções das crianças.

O estudo apresenta várias vantagens. Primeira, é um estudo de coorte de base populacional, que acompanha longitudinalmente mulheres desde 2005. Foram realizadas duas etapas com as mulheres na gravidez e no puerpério e nesta terceira etapa, além da avaliação das mesmas mulheres, foram incluídos os filhos que estavam entre 6 e 9 anos de idade. Segunda, conseguiu identificar chances diferentes de problemas psicossociais relacionados às diferentes exposições da criança aos TM da mãe durante a gestação, puerpério e sete anos após o parto, o que é uma grande contribuição para o entendimento das trajetórias de risco relacionadas à idade e que dá a possibilidade de intervir com estratégias específicas para cada idade. E terceira, vem sendo realizado numa área com indicadores socioeconômicos e de saúde precários, os quais a caracterizam como área prioritária de políticas públicas, como é a Estratégia Saúde da Família. Portanto, há a possibilidade de generalização dos resultados para populações com condições semelhantes e que representam 54% de cobertura da Estratégia Saúde da Família na cidade do Recife.

Dentre as limitações do presente estudo, estiveram as dificuldades de localização das mulheres. Nas etapas iniciais, tanto no pré-natal como no pós-parto para as consultas de puericultura, era frequente as idas para a unidade de saúde, o que facilitava o contato com as entrevistadoras. Depois de decorridos 7 a 8 anos, muitas mulheres tinham mudado de endereço e, muitas outras, estavam trabalhando, durante toda a semana. Para minimizar as perdas a equipe de coordenação da pesquisa visitou todas as USF para checar se as mulheres ainda permaneciam cadastradas na mesma unidade saúde e solicitou a colaboração dos profissionais para localizá-las. Os recortes de idade das crianças e a localização do estudo em áreas de pobreza do Recife limitam a possibilidade de generalização dos resultados para as crianças excluídas, ou seja, aquelas que estão em outros estágios do desenvolvimento e aquelas com maior poder aquisitivo. Dada a possibilidade de que as mulheres que vivenciam TM não procurem a assistência da USF foi adotada a estratégia de identificá-las também a partir de outros registros da USF e dos ACS.

Este estudo visa contribuir com a literatura e com a saúde pública, a fim de despertar futuras estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica

durante os acolhimentos e atendimentos das mulheres gestantes e não gestantes, puérperas e seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Silva ACD, Engstrom EM, Miranda CT. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Caderno de Saúde Pública. v.31, n.9, p. 1881-1893, 2015.
2. Flores MR, Souza APR, Moraes AB, Beltrami L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. Revista CEFAC. V. 15(2):348-360, 2013.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf> (Acesso em 20/ fev/ 2018).
4. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. Revista de Saúde Pública. v.43, p.92-100, 2009.
5. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Sponholz FAG. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. Revista da Escola de Enfermagem da USP; v.51, e.03225, 2017.
6. Greinert BRM, Milani RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. Revista Psicologia: Teoria e Prática; v.17(1), 26-36. São Paulo, SP, jan.-abr, 2015.
7. Andrade ALM, Teixeira LRS, Zoner CC, Niro NN, Amaral RA. Factors associated with postpartum depression in social vulnerability women. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog; v. 13(4):196-204, Oct -Dec, 2017.
8. Bowlby, J. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
9. Spitz, RA. O primeiro ano de vida. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

10. Cid MFB, Matsukura TS, Silva, MDP. Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. O Mundo da Saúde. v.36, n.2, p.265-275, 2012.
11. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. Ciência & Saúde Coletiva; v.19, n.1, p.215-226, 2014.
12. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839.(Acesso em 20/ Fev/ 2018).
13. Silva F, Rodrigues OMPR, Lauris JRP. Ansiedade materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. Psicologia: Ciência e Profissão; v.37, n.2, p.318-334, 2017.
14. Silva ATB, Loureiro SR, Maturano EM. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. Psico, Porto Alegre, v. 47(2), 111-120, 2016.
15. Ferriolli SHT, Marturano ED, Puntel, LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. v.41, n.2, p.251-259, 2007.
16. Costa DO, Souza FIS, Pedroso GC, Strufaldi MWL. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. Ciência e Saúde Coletiva. v. 23(3): 691-700, 2018.
17. Silva JMM, Lima MC, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. Ver Saúde Pública, 51:34, 2017.

18. Harding TW et al. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*.v.10, p.231-241, 1980
19. Mari, JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Disease*. V.39, p.371-378, 1986.
20. Ludermir AB, Lewis G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. v.40, n.1, p.36-41, 2005.
21. Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.27, n.3, p.194-200, 2005.
22. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cutoff scores and formats on the Edinburgh postnatal depression scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*. V.9: 309–15, 2006.
23. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. v.150: 782–86, 1987.
24. Cantilino A.; Sougey E. Escalas de triagem para depressão pós-parto. *Neurobiologia*. V.66: 75–79, 2003.
25. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AH, eds. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos editorial, 2000.
26. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 581-86, 1997.
27. Goodman R. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, v. 177, p. 534-539, 2000.

28. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal Abnormal Child Psychology*, v. 27, n. 1, p. 17-24, 1999.
29. Filha MOF, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, SILVA MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev. Eletr. Enf.* v.11(4):964-70, 2009.
30. Silva MAP, Demitto M, Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Peloso S. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 18, dez, 2017.
31. Souza LS, Barbosa B, Silva CO, Souza A, Ferreira T, Siqueira L. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 18, dez, 2017.
32. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23(8):2543-2554, 2018.
33. Pinto RMF. et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. *Serviço Social & Sociedade*, (105), 167-179, 2011.
34. Ballesteros CI, Falcão DVS, Rocinholi LF, Fernandez JL. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. *Contextos Clínicos – Vol. 12, n. 2, mai./ago, 2019.*
35. Chemello MR, Levandowski DC, Donelli TMS. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em psicologia*. Vol 2, n 01, 2017.
36. Cardoso TSG, Siquara GM, Freitas PM. Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. *Psicol. Argum*; v.32(79), 131-141, out./dez 2014.
37. Kliemann A, Boing E, Crepaldi MA. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Psicologia da Saúde*, v.25 (2) 69-76, Jul.-Dez, 2017

38. Rodrigues OM, Nogueira SC. Educação de bebês: influência da saúde mental materna sobre práticas educativas. *Revista Internacional de Educación Preescolar e Infantil*, v.1, n. 2, 2015.
39. Morais RLS, Carvalho AM, Magalhães LC. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. *J. Phys. Educ.* v, 27, e2714, 2016.
40. Morais AODS, 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* 33(6) 13 jul 2017.
41. Borsa JC, Nunes MLT. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia* v. 34, p.32-46, jan./abr, 2011.
42. Pinto GMC, Pedroso B, Resseti JC. Qualidade de vida de estudantes: um estudo comparativo entre a rede pública e particular de um município do interior do estado do Paraná. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, abril-junho, 2017.
43. Bolze DAS, Schmidt B, Crepaldi MA. *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção [recurso eletrônico]*. Porto Alegre, editora Artmed, 2.ed, 2020.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa corroboram com os estudos mencionados anteriormente a respeito da associação entre os TM maternos e os problemas comportamentais e emocionais nos seus filhos, bem como dos fatores de risco sociodemográficos da mãe e da criança, favorecendo a compreensão das variáveis que influenciam no processo de desenvolvimento. Poucos foram os estudos de coorte que fizeram associações semelhantes a esta, fazendo-se necessário mais estudos nesse porte acerca do tema. Os resultados encontrados referem a necessidade de incentivar o aprimoramento de programas de prevenção voltados à saúde mental materna antes, durante e após a gestação, principalmente para as mulheres que estão inseridas em situações de baixo nível socioeconômico, pois o problema está instalado e necessita que as consequências sejam evitadas ou reduzidas.

Diante das diversas situações que geram um sofrimento psíquico materno e sua evolução para o TM, é necessário destacar que a proposta deste trabalho é trazer informações confiáveis que contribuam com os cuidados em saúde mental voltado para as mulheres. Principalmente durante as consultas de pré-natal nos serviços de saúde que ainda deixam a desejar e/ou não consideraram os cuidados em saúde mental fatores de prioridade nos atendimentos. Desta forma demonstramos nossa preocupação com as mulheres e seus filhos, tentando ampliar as possibilidades para que a maternidade e o desenvolvimento da criança ocorram de maneira mais saudável.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.S. et. Transtornos Mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 28 (2): 385-393, fev, 2012.
- ALVIM, C.G. et al. Prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em adolescentes com asma. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 4, p. 196-204, 2008.
- ANDRADE, S.A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev Saúde Pública, 39(4):606-11, 2005.
- ARRAIS, A.R.; ARAÚJO, T.C.C.F. Depressão Pós-Parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. Psicologia, saúde e doença, 18(3), 828-845, 2017.
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; OLIVEIRA, R.V.C. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. Revista de Saúde Pública. v.43, p.92-100, 2009.
- BALLESTEROS, C.I. et al. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. Contextos Clínicos – Vol. 12, n. 2, mai./ago, 2019
- BASSANEZI, C.; DEL, PM. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2000.
- BERGERON, L. et al. Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 years of age. Journal Abnormail Child Psychology, v.35, n. 3, p. 459-474, 2007.
- BRASIL. Síntese de evidências para políticas de saúde. Promovendo o desenvolvimento na primeira infância, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_primeira_infancia.pdf. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.
- BRITO, C.N.O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. Rev Saúde Pública; 49:33, 2015.
- BORBA L. et al. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. São Paulo, v. 52:e03341, 2018
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

CARDOSO, T.S.G.; SIQUARA, G.M.; FREITAS, P.M. Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. *Psicol. Argum, out./dez.*, 32(79), 131-141, 2014.

CANTILINO, A.; SOUGEY, E. Escalas de triagem para depressão pós-parto. *Neurobiologia*; 66: 75–79, 2003.

CASTANHEIRA, E.; CORREIA, P.; COSTA, E.C.V. Relação entre morbidade psicológica, variáveis sociodemográficas e clínicas, percepção de intimidade relacional, satisfação conjugal e preocupações sentidas durante a gravidez. *Ver Port Med Geral Fam*, v 33: 334-44, 2017.

CHAMELLO, M.R.; LEVANDOWSKI, D.C.; DONELLI, T.M.S. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em psicologia*, vol 21, n 01, 2017.

CID, M.F.B.; MATSUKURA, T.S. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 34(1):73-81, 2010.

CID, M.F.B.; MATSUKURA, T.S.; SILVA, M.D.P. Transtorno mental materno e desenvolvimento infantil: percepções sobre essa realidade. *O Mundo da Saúde*. v.36, n.2, p.265-275, 2012.

COSTA, D.O. et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3):691-700, 2018.

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, 21(1):73-79, jan-fev, 2005.

COUTINHO, L.M.S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(9):1875-1883, set, 2014.

COX, J. L.; HOLDEN, J.M, SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–86

DINIZ, L.F.M.; SCHLOTTFELDT, C.G.M.F.; FIGUEIRA, P.; CORRÊA, F.S.N.H. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; vol 32; nº 3; set, 2010.

DSM-IV: Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais.2014. Disponível em: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf Acesso em 28 de junho de 2019.

FACUNDES, V.L.D.; LUDERMIR, A.B. Common mental disorders among health care students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.27, n.3, p.194-200, 2005.

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

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, Supl II, p. 2-6, 2000.

FLORES, M.R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. Revista CEFAC. v.15, n.2, p.348-360, 2013.

FURTADO, F.M.S. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. Saúde e Pesqui, 12(1): 129-140, jan- abr, 2019.

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 38, n. 5, p. 581-86, 1997.

GOODMAN, R. et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry, v. 177, p. 534-539, 2000.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? Journal Abnormal Child Psychology, v. 27, n. 1, p. 17-24, 1999.

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

HARRIS, L. The Lancet. Screening for perinatal depression: a missed opportunity. Lancet, 387(10018):505, 2016.

HARTMANN, J.M.; SASSI, R.A.M.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, 33(9):e000940162017, 2017.

HENRIQUES, R. **Desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed,1999.

KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALDI, M.A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. Mudanças – Psicologia da Saúde, 25 (2) 69-76, Jul.-Dez., 2017.

LAMY FILHO, F. et al, Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. Ciência & Saúde Coletiva. V.16, n.10, p.4181-4187, 2011.

LAUCHT, M. et al. Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine & Child Neurology*. v.43, p.292–300 (2001).

LEITE, J.F. et al. Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá (Colombia), Vol. 35(2), pp. 301-316, 2017.

LORETO, V. **Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

LUDERMIR, A.B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 54(3): 198-204, 2005.

LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 29-35, 2014.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. v.40, n.1, p.36-41, 2005.

LUCHESE, R. et al. Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. *Esc Ana Nery*, 21(3), e20160094, 2017.

MANGILI, V.R.; RODRIGUES, O.M.P.R. A influência da depressão pós-parto sobre as práticas educativas parentais. *Contextos Clínicos*, 11(3):310-318, setembro-dezembro 2018.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronic Disease*. V.39, p.371-378, 1986.

MARTURANO, E.M.; ELIASL, C.S. Family, learning disabilities and behavior problems in schoolchildren. *Educar em Revista*. n, 59, p. 123-139, jan./mar. 2016

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.

MATTEY, S.; HENSHAW, C.; ELLIOT, S.; BARNETT, B. Variability in use of cutoff scores and formats on the Edinburgh postnatal depression scale: implications for clinical and research practice. *Arch Womens Ment Health*, v. 9: 309–15, 2006.

MORAIS, R.L.S.; CARVALHO, A.M.; MAGALHÃES, L.C. The environmental context and the child development: brazilian studies. *Journal of Physical Education*. v,27, e2714, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope.. 2011. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1 Acesso em 27 de março de 2019

OMS. Organização Mundial de Saúde. Folha informativa- Transtorno Mental, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839 Acesso em 25 de março de 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf> Acesso em 20 de fevereiro de 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839. Acesso em 20 de fevereiro de 2018.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento Humano. 8ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2006. P. 48-49.

PASKULIN, J.T.A. et al. Association between dietary patterns and mental disorders in pregnant women in Southern Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v 39, 208-215, 2017

PARREIRA, B.D.M. et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.51, e.03225, 2017.

PEREIRA, P.K.; LOVISA, G.M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Rev Psiq Clín, 35(4):144-53, 2008.

POLES, M.M. et al. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. Acta Paul Enferm, 31(4):351-8, 2018.

RECIFE, 2006. Plano municipal de saúde 2006-2009. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 10 de março de 2018

RECIFE, 2010. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 10 de março de 2018.

RECIFE, 2014. SITE da prefeitura SUS SAÚDE. Disponível em: <<http://dados.recife.pe.gov.br/dataset/unidades-de-saude>>. Acesso em: 10 de março de 2018.

RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.19, n.1, p.215-226, 2014.

RODRIGUES, O.M.; NOGUEIRA, S.C. Educação de bebês: influência da saúde mental materna sobre práticas educativas. *Revista Internacional de Educación Preescolar e Infantil* V.1, N.2, 2015.

SANTOS, M.V.F.; CAMPOS, M.R.; FORTES, S.L.C.L. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24 (3):1051-1063, 2019.

Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AH, eds. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos editorial, 2000.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, v. 29, n. 4, p. 619-629, 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

SCHMIDT, B.; STAUDT, A.C.P.; WAGNER, A. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 9(1):2-18, janeiro-junho 2016.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R.C.S.; BARROS, M.B.A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(8):2543-2554, 2018.

SILVA, A.C.D.; ENGSTRON, E.M.; MIRANDA, C.T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v.31, n.9, p. 1881-1893, 2015.

SILVA, A.C. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentamentos rurais. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, v. 15(1): 23-31, Jan-Mar, 2019

- SILVA, A.T.B.; LOUREIRO, S.R.; MATURANO, E.M. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico, Porto Alegre*, 47(2), 111-120, 2016.
- SILVA, F.; RODRIGUES, O.M.P.R.; LAURIS, J.R.P. Ansiedade materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v.37, n.2, p.318-334, 2017.
- SILVA, K.G.M.; NETO, J.L.C. Fatores associados ao Transtorno mental comum e níveis de atividade física em gestantes. *R. bras. Ci. E Mov*, 23 (2):113-122, 2015.
- SILVA, M.A.P. et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (18), 08-13, Dez, 2017.
- SOUZA, L.S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº18, dez, 2017.
- SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- STONE, L. L. et al. Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clinical Child Family Psychology Review*, v. 13, p. 254–274, 2010.
- THIENGO, D.L. et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro*, 20 (4): 416-2, 2012.
- VITOLLO, Y. L. C. et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005.
- WISNER, K.; CHAMBERS, C.; SIT, D. K. Y. Postpartum depression: A major public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 6, 26162618, 2006.
- WOERNER, W. et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 13, Suppl. 2, p. II/47–II/54, 2004.
- ZEPPONE, S.C.; VOLPON, L.C.; CIAMPO, L.A.D. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista Pediátrica**. v.30, n.4, p.594-599, 2012.

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

Convido a Sr.^a 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.^a Dr.^a 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.

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.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a 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^a. Dr^a. 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.

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, 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.^a 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.^a. 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.**

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 DAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULHER**

SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
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	
101	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?	_____	
102	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. Enteado 19. Enteadada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 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 ⇒ passe para Q.107 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. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 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 N° 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?	N° 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?	<input type="checkbox"/> TELEVISÃO COLORIDA <input type="checkbox"/> VÍDEO-CASSETE E/OU DVD <input type="checkbox"/> RÁDIO <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL DE PASSEIO <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> ASPIRADOR DE PÓ <input type="checkbox"/> MÁQUINA. DE LAVAR ROUPA <input type="checkbox"/> GELADEIRA <input type="checkbox"/> FREEZER <input type="checkbox"/> COMPUTADOR <input type="checkbox"/> BANHEIRO	<u>NÃO</u> 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	<u>SIM</u> 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:	<input type="checkbox"/> EMPREGADA DIARISTA <input type="checkbox"/> EMPREGADA MENSALISTA	<u>NÃO</u> 00 00	<u>SIM</u> 01 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	<u>NÃO</u> 00 00 00 00 00	<u>SIM</u> 01 01 01 01 01	
116	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? Se SIM, pergunte: Qual?	a) 00. NÃO 01. SIM b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável			
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 / CANDOBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar)			

120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável	
121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	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 ⇒ passe para Q.126 01. Sim	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim	
126	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passe para Q.129 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. <i>(CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).</i>	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? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	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 ⇒ passa para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passa para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passa para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passa para Q.133 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? <i>(INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)</i>	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [] [] ⇒ 00 passa para Q.135 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	

APÊNDICE D- SELF REPORTING QUESTIONNAIRE-20 (SRQ-20)

SEÇÃO 5- SAÚDE MENTAL (SRQ-20)				
As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas últimas 4 semanas. Se você teve problemas nas últimas 4 semanas, responda SIM. Se não, responda NÃO.				
501			NÃO	SIM
	a) Tem dores de cabeça frequentes?	a) Dor de cabeça	00	01
	b) Tem falta de apetite?	b) Falta de apetite	00	01
	c) Dorme mal?	c) Dorme mal	00	01
	d) Assusta-se com facilidade?	d) Assusta-se	00	01
	e) Tem tremores nas mãos?	e) Mãos trêmulas	00	01
	f) Sente-se nervosa, tensa, preocupada?	f) Nervosa	00	01
	g) Tem má digestão?	g) Má digestão	00	01
	h) Tem dificuldade em pensar com clareza?	h) Dificuldade em pensar	00	01
	i) Tem se sentido triste ultimamente?	i) Triste	00	01
	j) Tem chorado mais que de costume?	j) Chora muito	00	01
	k) Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	k) Dificuldades Atividades diárias	00	01
	l) Tem dificuldade para tomar decisões?	l) Dificuldade decisões	-	-
	m) Tem dificuldades no serviço? (Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	m) Dificuldade serviço	00	01
	n) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	n) Sem papel útil	-	-
	o) Tem perdido o interesse pelas coisas?	o) Sem interesse	00	01
	p) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	p) Inútil/Tudo que faz dá errado	00	01
	q) Tem tido a ideia de acabar com a vida?	q) Por fim à vida	-	-
	r) Sente-se cansada o tempo todo?	r) Sente-se cansada	00	01
	s) Tem sensações desagradáveis no estômago?	s) Problemas Estomacais	00	01
	t) Você se cansa com facilidade?	t) Cansaço	-	-
			00	01

APÊNDICE E- EDIMBURG POSTPARTUM DEPRESSION SCALE (EPDS)

SEÇÃO 14 – SENTIMENTOS DA MÃE APÓS O PARTO		
Por favor nos diga como você tem se sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje		
1401	Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:	01. COMO SEMPRE FEZ 02. NÃO TANTO QUANTO ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM
1402	Você sente prazer quando pensa no que vai acontecer em seu dia-dia:	01. COMO SEMPRE SENTIU 02. TALVEZ MENOS DO QUE ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM
1403	Você tem se sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, NENHUMA VEZ
1404	Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:	01. NÃO, DE MANEIRA ALGUMA 02. POUQUÍSSIMAS VEZES 03. SIM, ALGUMAS VEZES 04. SIM, MUITAS VEZES
1405	Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	01. SIM, MUITAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. SIM, POUCAS VEZES 04. NENHUMA VEZ
1406	Você tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:	01. SIM. NA MAIORIA DAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 02. SIM. ALGUMAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COMO ANTES 03. NÃO. NA MAIORIA DAS VEZES CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 04. NÃO. NÃO CONSEGUE LIDAR COM ELES TÃO BEM QUANTO ANTES.

1407	Você tem se sentido tão infeliz que teve dificuldade de dormir:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM
1408	Você tem se sentido triste ou arrasada:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM
1409	Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:	01. SIM, QUASE TODO O TEMPO 02. SIM, MUITAS VEZES 03. DE VEZ EM QUANDO 04. NÃO, NENHUMA VEZ
1410	A idéia de fazer mal a você mesma passou por sua cabeça:	01. SIM, MUITAS VEZES ULTIMAMENTE 02. ALGUMAS VEZES NOS ÚLTIMOS DIAS 03. POUQUÍSSIMAS VEZES, ULTIMAMENTE 04. NENHUMA VEZ

APÊNDICE F- Questionário das Características Sociodemográficas da Criança

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

APÊNDICE G- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

SEÇÃO 12 QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES DA CRIANÇA	Falso	Mais ou menos Verdadeiro	Verdadeiro	
1201 - Escala de comportamento pró-social				
a) Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2	
b) Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças	0	1	2	
c) Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	0	1	2	
d) É gentil com crianças mais novas	0	1	2	
e) Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	0	1	2	
1202 - Escala de Hiperatividade				
a) Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	0	1	2	
b) Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	0	1	2	
c) Facilmente perde a concentração	0	1	2	
d) Pensa nas coisas antes de fazê-las	2	1	0	
e) Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2	1	0	
1203 - Escala de Sintomas Emocionais				
a) Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	0	1	2	
b) Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	0	1	2	
c) Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	0	1	2	
d) Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	0	1	2	
e) Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2	
1204 - Escala de Problemas de Conduta				
a) Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2	
b) Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	2	1	0	
c) Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0	1	2	
d) Frequentemente engana ou mente	0	1	2	
e) Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2	
1205 - Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas				
a) É solitário, prefere brincar sozinho	0	1	2	
b) Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	2	1	0	
c) Em geral, é querido por outras crianças	2	1	0	
d) Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	0	1	2	
e) Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2	

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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: cepccs@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)

*Power válido para todos
os fins, não necessitando a
assinatura do CEP em
virtude do pesquisador ter
acesso pelo próprio LOGIN (SENHA).
Em 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: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br