

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

DANIELE AZZI

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

São Bernardo do Campo

2018

DANIELE AZZI

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E DESENVOLVIMENTO
INFANTIL NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Geralda Viana
Helena

São Bernardo do Campo

2018

A dissertação de mestrado sob o título **“DEPRESSÃO PÓS-PARTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE VIDA”**, elaborada por **Daniele Azzi** foi apresentada e aprovada em 19 de fevereiro de 2018, perante banca examinadora composta por **Prof^a. Dra. Miria Benincasa Gomes** (Presidente/UMESP), **Prof^a. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia** (Titular/UMESP) e **Prof^a. Dra. Ana Cristina Araujo Nascimento** (Titular/UNITAU).

Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno
Orientadora

Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes
Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandes Martins
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Programa: **Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Área de Concentração: **Psicologia da Saúde**

Linha de Pesquisa: **Saúde, violência e adaptação humana**

DEDICATÓRIA

Para Maria Aparecida Gomes Marinotti e Maria Geralda Viana Heleno: todo o meu amor, carinho e admiração.

AGRADECIMENTOS

À Cida Marinotti e Maria Geralda, por tudo...

Ao meu marido André, pelo amor, carinho e paciência nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho Lucas, que me ensinou a ser mãe.

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno, pela oportunidade, dedicação, carinho e generosidade durante o período em que trabalhamos juntas. Agradeço imensamente pela confiança e parceria neste projeto.

À Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes, pelo carinho, disponibilidade, atenção, orientação e pelas imensas contribuições nesta pesquisa.

À Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia, pela disponibilidade, carinho, atenção e também na participação compromissada na Banca Examinadora.

À Profa. Dra. Ana Cristina Araújo Nascimento, pela sensibilidade, respeito e pelas valiosíssimas contribuições, não apenas para este trabalho, mas para sua continuidade. Agradeço pela disponibilidade em participar da Banca Examinadora e de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende, pelos mais belos pensamentos.

À Ana Paula Magosso Cavaggioni, pela disponibilidade e ajuda incondicional na caminhada desta pesquisa.

À Natalia Pessoni, pela imensa ajuda técnica, pela participação durante as supervisões e por compartilhar sua alegria de viver.

À Michelle, pelo apoio e pela ajuda no banco de dados e na elaboração das tabelas.

À Carla, pela generosidade e ajuda nos momentos difíceis.

À Elisangela Aparecida de Castro Souza, Assistente da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UMESP, pelo atendimento sempre prestativo e carinhoso.

A toda minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando, incentivando e me ajudando nos momentos tensos.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação pela dedicação e amor à pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que participaram de maneira voluntária desta pesquisa.

EPIGRAFE

Somos feitos de carne, mas temos de viver como se fôssemos de ferro.

Sigmund Freud

RESUMO

O aumento de programas assistenciais e as ações em torno da educação em saúde têm se tornado prioridade e os cuidados prévios à gestação, parto e pós-parto são fundamentais para melhores condições de vida da mulher. Este cuidado é importante para ela, mas também para o pleno desenvolvimento do bebê. Portanto, o objetivo deste estudo foi comparar o desenvolvimento de bebês com indicadores de depressão pós-parto das mães, avaliar indicadores de depressão pós-parto em mães de bebês até 42 meses, avaliar desenvolvimento infantil, aspectos cognitivos, linguagem receptiva, linguagem expressiva, motor fino, motor grosso, sócioemocional e comportamento adaptativo de bebês até 42 meses, correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e grau de escolaridade da mãe, correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e renda familiar; correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e ajuda para cuidar do bebê. Participaram deste estudo 100 mães e 100 bebês de ambos os sexos, com idades entre 15 dias a 42 meses matriculados nas creches do município de São Bernardo do Campo. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo respondidos pelas mães e a Escala Bayley III do Desenvolvimento Infantil aplicada nos bebês. Os dados foram coletados individualmente nas creches e analisados por meio do Programa de Estatística SPSS – Statistical Package for the Social Sciences Version 21. Foram correlacionadas as seguintes variáveis: Depressão da mãe e atraso no desenvolvimento infantil, grau de escolaridade da mãe, renda familiar e se a mãe teve ajuda para cuidar do bebê; desenvolvimento infantil e grau de escolaridade da mãe, renda familiar e se a mãe teve ajuda para cuidar do bebê. Os resultados não mostraram correlação significava entre eles, exceto desenvolvimento infantil e renda familiar. A pesquisa apontou influência estatisticamente significativa da renda familiar sobre o desenvolvimento dos bebês. Os resultados indicam que a baixa renda familiar pode representar um fator de risco para atrasos no desenvolvimento das crianças.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Desenvolvimento infantil; Escala Bayley; Escala de Edimburgo.

ABSTRACT

The increase in health care programs and actions around health education have become a priority and pre-gestation, childbirth and postpartum care are fundamental to a woman's better living conditions. This care is important to the mother, but also to the full development of the infant. The objective of this study is to compare the development of babies with indicators of postpartum depression in mothers, to evaluate indicators of postpartum depression in mothers of infants up to 42 months, to evaluate child development, cognitive aspects, receptive language, expressive language, fine motor, gross motor, social emotional and adaptive behavior of infants up to 42 months, correlate delays in infant development and mother's educational level, correlate delays in child development and family income; correlate delays in child development and help to care for the baby. A hundred mothers and a hundred infants from both sex took part of this study, where the infants were up to 42 months and were matriculated on baby nurseries located in São Bernardo do Campo. The tools used to gather the data were: Sociodemographic Questionnaire, the Edinburgh Postpartum Depression Scale answered by the mothers and the Bayley III Child Development Scale applied to infants. The data was collected individually on each baby nursery and analysed through the statistical software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences Version 21. The correlated variables were the following: Mother's depression and delay on infant development, mother's degree of schooling, fixed income from the family and if the mother have had any help taking care of the infant. The results did not show any direct relation between them, except for the infant development and the fixed income from the family. The research pointed a significant statistical influence from the family's fixed incoming over the infant development. The results show that a low family fixed income might represent a risk factor for when it comes to the development of the infant.

Key-words: Postpartum Depression; Child development; Bayley scale; Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mães	43
Tabela 2- Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e escolaridade da mãe	44
Tabela 3- Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e renda familiar	45
Tabela 4- Caracterização da gravidez, parto e puerpério	46
Tabela 5- Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e ajuda para cuidar do bebê.....	48
Tabela 6- Indicativos de depressão pós-parto	49
Tabela 7 - Áreas do desenvolvimento infantil – Escala Bayley III.....	52
Tabela 8- Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e atrasos no desenvolvimento do bebê	53
Tabela 9 - Comparação entre os indicativos de atraso no desenvolvimento do bebê e grau de escolaridade da mãe	55
Tabela 10- Comparação entre os indicativos de atraso no desenvolvimento do bebê e renda familiar ..	56
Tabela 11- Comparação entre indicativos de atraso no desenvolvimento do bebê e se a mãe recebeu ajuda para cuidar do bebê.....	58

Sumário

1 Introdução	10
1.1 Gravidez, parto e puerpério: aspectos físicos e emocionais	13
1.2 Dificuldades durante a gestação e a manifestação da Depressão Pós-Parto.....	18
2 Desenvolvimento infantil	25
2.1 Implicações da depressão pós-parto para o desenvolvimento infantil	29
3 Objetivos	33
3.1 Objetivo geral.....	33
3.2 Objetivos específicos.....	33
4 Método	34
4.1 Amostra	35
4.2 Local.....	35
4.3 Instrumentos	35
4.4 Procedimentos para coleta de dados.....	39
4.5 Procedimentos para análise dos dados	40
5 Resultados e Discussão	43
5.1 Caracterização sociodemográfica das mães	43
5.2 Caracterização da gravidez, parto e puerpério	46
5.3 Indicativos de Depressão Pós-Parto	49
5.4 Áreas do desenvolvimento infantil - Escala Bayley III.....	50
6 Considerações finais.....	60
Referências	63
APÊNDICE A - Termo de consentimento da instituição co-participante	72
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido da creche.....	74
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido dos pais.....	76
ANEXO A - Questionário sociodemográfico realizado com a mãe.....	80
ANEXO B – Versão em português da escala de depressão pós-parto de Edimburgo.....	92

1 Introdução

No decorrer da história da humanidade, a gestação, o parto e o puerpério ganharam relevância pelo valor social e cultural da maternidade e diversos significados lhes foram atribuídos. Aspectos contraditórios e antagônicos como felicidade e dor, esperança e medo, vida e morte, foram experimentados pelas mulheres e explicam a importância da gestação como um evento social mobilizador (Serruya, 2003).

A fecundidade, desde muitos séculos, era considerada uma “benção divina” e por outro lado, a infertilidade era vista como “castigo”. Esse aspecto histórico é importante e deve ser considerado, pois, em alguns momentos da nossa história a necessidade da procriação tornou-se particularmente necessária, como por exemplo, no século XVI, onde a peste negra matou um terço da população europeia. Situações como esta geraram repercussões significativas para a representação social da maternidade, visto que uma grande geração significa promessa de renovação (Maldonado, 1985).

Mudanças em relação à assistência e ao parto também foram importantes. Até o século XVI o parto era considerado assunto das mulheres e era realizado com a ajuda da parteira, que com sua experiência estabelecia um ambiente propício para a parturiente. O problema é que nesta época não havia muitos recursos e o índice de mortalidade infantil era muito alto (Maldonado, 1985).

A partir do século XVII, a presença do médico cirurgião começou a surgir na assistência ao parto e conseqüentemente a parteira perdeu a primazia. O parto deixou de ser apenas assunto das mulheres e passou a ser uma especialidade médica cada vez mais complexa. No final do século XVIII a cesariana não ocasionava necessariamente em óbito materno, ajudava a salvar a vida de mulheres e bebês, além de marcar o início da medicalização do parto (Maldonado, 1985).

Estas transformações em relação ao parto foram extremamente importantes, pois, chegou-se à conclusão de que a atenção à saúde da mulher durante a gravidez, parto e no período puerperal é fundamental para proporcionar a ela e ao seu bebê uma atenção integral, de qualidade e humanizada. Este processo deve incluir ações de prevenção e promoção de saúde além de diagnosticar e indicar tratamento necessário aos problemas que podem ocorrer nesse período da vida e garantir que o parto e o nascimento do bebê aconteçam de forma saudável. Além disso, o acompanhamento deverá se estender até o pós-parto para garantir um bem-estar materno e neonatal (Brasil, 2005).

No Brasil, até 1980, um dos primeiros serviços públicos de saúde oferecidos à mulher grávida era realizado com enfoque nos indicadores da saúde infantil. Esse serviço era chamado de assistência materno-infantil e as consultas ocorriam durante o pré-natal e no momento do parto (Serruya, 2003). A partir de 1980 iniciou-se um processo de mudança no modelo assistencial e diversos programas foram implantados com o objetivo de intervir e ampliar o acesso aos serviços de saúde que até então eram realizados no cuidado às gestantes e aos recém-nascidos (Brasil 2012). Criado em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) têm como missão ações voltadas à sua integralidade, equidade e abordagem integral em todas as fases do ciclo vital da mulher (Brasil, 2012).

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de garantir a assistência desde o pré-natal, parto até o puerpério. Este programa dá às mulheres direito a um atendimento digno onde elas podem conhecer e ter acesso a maternidade na qual será atendida no momento do parto, além de garantir que todos os cuidados serão realizados de forma humanizada e segura. Na continuação do aprimoramento ao serviço de saúde da mulher, em 2004, foi criado um documento chamado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), que assume o compromisso com ações e programas voltados à saúde da mulher (Brasil, 2012).

Diante de tantos desafios e com as experiências acumuladas, o Ministério da Saúde em 2012 criou uma nova estratégia para qualificar em todo o país a Rede de Atenção Materna Infantil (Rede Cegonha). Esta assistência tem como objetivo reduzir ainda mais as taxas de morbimortalidade materna e infantil. Em associação, os estados e municípios apresentaram um conjunto de iniciativas e mudanças nos modelos de cuidados às gestantes, ao parto, nascimento e à atenção integral à saúde da criança nos primeiros dois anos de vida do bebê, priorizando o período neonatal (Brasil, 2012).

Sabe-se que o Brasil avançou em relação aos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, visto que este deveria ser cumprido até 2015 e apesar de pavimentar o caminho para atingir as metas do objetivo cinco, que é melhorar a saúde das gestantes, esse ainda continua a ser o objetivo mais difícil de ser alcançado (Brasil, 2015).

Apesar do aumento de programas assistenciais em prol da educação em saúde da mulher e do pré-natal terem apresentado melhoras em relação ao número de consultas realizadas durante a gestação, as quais deveriam se totalizar em seis consultas no pré-natal, a qualidade destes serviços ainda é apontada como insuficientes. São muitas as barreiras que impedem um serviço humanizado com as gestantes, pois, as políticas públicas não atingem as

metas e as recomendações de melhorias indicadas pelas pesquisas (Gaíva, Palmeira, & Mufato, 2017). Torna-se claro a dificuldade do acompanhamento puerperal, falta de assistência na perspectiva da integralidade do cuidado e principalmente da falta de avaliação das mulheres durante esse período, pois os dados indicam que em casos de Depressão Pós-Parto os números podem ser bem maiores do que os indicados nas pesquisas (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015; Campos & Rodrigues, 2015).

A pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 2006 caracterizou a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, que apesar da universalização do acesso, existem importantes desigualdades regionais, econômicas e sociais na busca de um atendimento adequado, e em relação à assistência ao puerpério a maioria das mulheres que participaram desta pesquisa não recebeu qualquer atendimento neste período (Brasil, 2009).

Informações como as descritas acima aparecem para reafirmar o compromisso e a necessidade de reforçar a atenção ao puerpério principalmente pela atenção primária à saúde, não apenas o atendimento direto ao binômio, mãe-filho, mas principalmente a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos neste processo que exige identificação precoce e conduta necessária (Andrade et al., 2015).

Estas questões são preocupantes, pois a qualidade da relação mãe-bebê depende nesse primeiro momento da saúde física e psicológica da mãe, que é a base para um pleno desenvolvimento infantil (Flores, Souza, Moraes, & Beltrami, 2011). Busca-se aderência ao pré-natal, pois somente assim é possível realizar um trabalho preventivo, além de pensar em hábitos saudáveis e adequados à gestação (Nedder, 2007).

Salienta-se a necessidade de ações satisfatórias que possam garantir os direitos humanos de mulheres e crianças, pois, o momento da gravidez, do parto e do puerpério podem causar sofrimentos, incapacidades e até mesmo morte (Andrade et al., 2015). As mulheres antes mesmo da gravidez devem ser precocemente acompanhadas, tratadas com medidas preventivas para assim, reduzir os riscos tanto para elas quanto para seus bebês. Pode ser corretamente imunizada, ser orientada a parar de fumar e de beber, cuidar da sua dieta e ainda receber aconselhamento genético (Bee, 1996).

Orientações como estas são extremamente importantes, pois, na atualidade os diversos papéis delegados à mulher sobrecarregam a gestante, que mesmo grávida não consegue deixar de realizar suas tarefas habituais. Esta sobrecarga pode causar estresse e promover desequilíbrio emocional na mulher gestante e, conseqüentemente no desenvolvimento do seu bebê (Saraiva, 2007).

1.1 Gravidez, parto e puerpério: aspectos físicos e emocionais

A palavra “mãe” significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade e a experiência da gestação e o nascimento de um filho podem ser considerados um dos eventos mais importantes na vida da mulher (Dolto, 1996). Além de envolver o parceiro, a família e os amigos, é uma experiência particular rodeada de inúmeros significados. Entretanto essa experiência nem sempre é acompanhada de momentos de felicidade e alterações emocionais durante a gravidez e no pós-parto são frequentes e podem comprometer a saúde da mulher e do seu bebê (Marini, 2014).

Nos primeiros meses é comum surgir sentimentos ambivalentes como querer ou não a gravidez. O medo de abortar e perder o bebê são frequentes e podem surgir fantasias de comportamento que podem levar ao aborto acidental ou proposital (como por exemplo, fazer exercícios físicos ao extremo). As oscilações de humor surgem com frequência assim como as primeiras modificações e desconfortos no corpo como as náuseas, sono, cansaço, os desejos e aversões por alguns alimentos (Maldonado, 1985; Sarmiento & Setúbal, 2012).

Estas alterações são físicas e ou psíquicas e podem repercutir fortemente na saúde mental da mulher, pois ela precisa lidar com muitas mudanças e essa nova realidade em alguns casos gera dificuldades de adaptação (Maldonado, 1985). No início da gestação a mulher não consegue ter certeza de nada, ou seja, de como será sua gestação, se terá condições de realizar suas tarefas rotineiras, se necessitará de repouso, como ficará sua vida conjugal e como está o feto dentro do seu útero. O mesmo acontece em relação ao momento do parto, se ela vai ou não conseguir parir da maneira como planejou e como nascerá seu bebê (Bortoletti, 2007). Além disso, deve-se considerar que após todas estas transformações a mulher precisa, ainda, adaptar-se a uma nova realidade que é a chegada do bebê denominada puerpério (Marini, 2014).

A partir das primeiras consultas do pré-natal entende-se que a mulher já tem condições de elaborar uma série de fantasias a respeito da gravidez e nesse momento já ocorreram algumas decisões importantes e conscientes como, por exemplo, continuar com a gestação. Esse é um período de muitas dúvidas e ansiedades e a equipe médica precisa acolher e permitir um espaço para envolver-se no processo gravídico-puerperal, favorecer um equilíbrio apropriado para a chegada de um novo membro na família (Sarmiento & Setúbal, 2012).

Para envolver-se neste processo e ajudar a futura mamãe, é necessário que tanto o obstetra quanto a equipe multidisciplinar tenham sensibilidade e disposição para aceitá-la,

ensiná-la, acompanhá-la e compreendê-la. Esse processo implica estar ao seu lado e fornecer assistência sempre que necessário, entender seus anseios, medos, aspirações, sonhos, desejos, revoltas, dores e fantasias durante a gestação (Nedder, 2007). Este trabalho é extremamente importante porque os fatores psicológicos são decisivos para a qualidade do desenvolvimento da gestação e do bebê, assim como a relação que a mulher e os familiares construirão com a chegada do novo membro na família, pois um ambiente favorável reforça os vínculos familiares e dão condição básica para o desenvolvimento do ser humano (Brasil, 2005).

Neste primeiro momento ou ainda no início da gestação, é possível evitar agravos em relação à saúde da mulher, do seu bebê e são as ações de prevenção e promoção de saúde que podem ajudar a futura mamãe a suportar as diferentes mudanças que começam a surgir logo no início da gravidez. A mulher, ao passar por diversas transformações físicas e psicológicas necessita de preparo e tempo para se reorganizar em diversos aspectos. Primeiro porque ocorre mudança na identidade com uma nova definição de papéis – a mulher grávida além de filha e mulher passa a ser mãe. Posteriormente os fatores socioeconômicos podem ocasionar mudanças provocadas pela espera do bebê – a mulher que trabalha fora e que também é responsável pelo orçamento familiar pode, em algum momento, sentir-se preocupada com o futuro, de precisar trabalhar e conseqüentemente não conseguir encontrar gratificação na gravidez e nos cuidados com seu bebê. Outro aspecto, porém bastante positivo, é que a gravidez pode proporcionar oportunidade de alcançar novos níveis de ampliação e amadurecimento da personalidade (Maldonado, 1985).

No primeiro trimestre da gravidez a mulher pode sentir-se grávida antes da confirmação realizada pelo exame de sangue ou de urina. Em oposição, algumas mulheres só descobrem a gravidez por volta de quatro ou cinco meses. Isso acontece porque algumas mulheres têm sangramentos eventuais nos três primeiros meses e estes são confundidos com a menstruação, outros casos acontecem porque a mulher não tem sintonia com o próprio corpo e pode negar as diversas transformações decorrentes da gestação (Maldonado, 1985).

Outro fator que se destaca no início do ciclo gravídico puerperal são as alterações em relação à alimentação. Durante a gravidez é comum a mulher ter mais apetite e como resultado um aumento de peso que muitas vezes atinge níveis de extrema voracidade e pode acarretar complicações obstétricas. Observa-se também maior sensibilidade nas áreas de olfato, paladar, audição e um aumento da irritabilidade: a mulher fica mais vulnerável a certos estímulos e pode chorar ou rir com facilidade (Maldonado, 1985). Ainda nesse período é determinado o sexo do bebê e inicia o desenvolvimento dos músculos, as pálpebras e os lábios já estão formadas assim como os dedos da mão e do pé (Bee, 1996).

No segundo trimestre a gestante começa a sentir os movimentos fetais e a presença do “novo ser” é concretamente sentida, ela atribuirá características pessoais que podem ser agressivas ou carinhosas. Estas sensações são comuns à gestação e trazem muitas fantasias como a responsabilidade por essa nova vida e o medo do desconhecido. Algumas mulheres são incapazes de sentir o feto diferencialmente e experimentam-no como se fosse um “caroço”, mas outras conseguem diferenciar a posição dos membros na medida em que a gravidez se desenvolve (Maldonado, 1985).

Nesse período há alteração do desejo e do comportamento sexual que é sentida não só pela mulher, mas também pelo parceiro. Raramente ocorre o aumento da sexualidade, entretanto algumas mulheres podem sentir o orgasmo pela primeira vez durante a gravidez. No entanto é mais comum observar nesse período a diminuição do desejo sexual que se estende até o nível máximo de frigidez, pois, a mulher e/ou homem podem ter fantasias ou sentir medo de machucar o bebê (Maldonado, 1985). Além disso, nesta fase os ossos começam a se desenvolver, o cabelo começa a crescer e o bebê começa a ter uma aparência humana, já é possível vê-lo através do ultrassom com o dedo na boca e os olhos já estão totalmente formados, porém fechados (Bee, 1996).

Enfim o terceiro trimestre é considerado o maior em nível de ansiedade e os temores aumentam com a proximidade do parto: medo de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada, de não conseguir amamentar, etc. Outro medo bastante comum no final da gestação é de que o bebê possa nascer com alguma “má formação”. Além disso, sintomas psicossomáticos como a hipertensão podem surgir e a equipe médica deverá fornecer orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto, deverá evitar informações excessivas e fornecer orientações claras e precisas, observar seu impacto, prepará-la para o momento do parto e aliviar as vivências negativas que causam maior expectativa (Maldonado, 1985; Sarmiento & Setúbal, 2012).

Nesses últimos meses o bebê está com o sistema nervoso, circulatório, respiratório, completamente desenvolvido e preparado para suportar a vida. Nas últimas semanas da gestação as interconexões entre os neurônios se desenvolvem rapidamente, o peso aumenta e ocorre uma espécie de “acabamento” do corpo (Bee, 1996).

Não podemos nos esquecer de que, apesar de a gravidez ser considerada um período de maior vulnerabilidade, o parto sem dúvida é o momento mais delicado, pois, marca o início de um conjunto de mudanças significativas. É como se fosse um “salto no escuro”, ou seja, um momento inesperado e misterioso sobre o qual não se tem controle (Maldonado, 1985). O momento do parto é, portanto, o maior em vivências, expectativas e as fantasias dessa fase

incluem o medo de não identificar o trabalho de parto e não procurar ajuda no momento certo. A mulher teme não ter condições de suportar a dor e de não ser capaz de fazer seu bebê nascer. Além do mais, a mulher encontra-se num momento delicado e vulnerável, surgem os desejos e fantasias em relação aos tipos de parto e teme os mais diversos procedimentos médicos que possam lhe causar vivências negativas (Sarmiento & Setúbal, 2012).

Para que a mulher não sinta o momento do parto como algo “pavoroso” é importante que ela tenha à sua disposição os recursos que poderá utilizar nesse processo e assim facilitar o trabalho da equipe médica (Bortoletti, 2007). A presença do “pai” tanto nas consultas do pré-natal como no momento do parto pode trazer tranquilidade e ela sentir que não está sozinha. Além disso, cria condições favoráveis para que o homem assuma seu papel nesse acontecimento tão importante na vida do casal (Bortoletti, 2007).

Estes recursos passaram a ser extremamente valorizados, pois, os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério são altamente reconhecidos e somente as condutas médicas não são suficientes. A equipe de saúde deverá olhar para cada paciente, com sua história de vida, seus medos, ansiedades e nessa interação do profissional de saúde com a gestante, pode ajudar e fornecer acolhimento, alívio necessário e principalmente prevenir problemas mais graves, como por exemplo, a depressão pós-parto (Sarmiento & Setúbal, 2012).

Apesar de ter que lidar com todas essas experiências durante a gravidez e no momento do parto, é após o nascimento do bebê que se configura uma mudança brusca onde o estado de união e dependência de duas pessoas se transforma e ocorre a separação que dá origem a duas pessoas diferentes. Essa passagem de um estado para outro se caracteriza como um momento delicado, isto significa que antes existia uma mulher gestante e agora existem uma mulher e um bebê. A mulher precisa elaborar a função de enxergar seu filho como um ser único, diferente dela, e o parto é o momento da separação. Se a mulher não conseguir fazer a diferenciação ela pode sentir essa separação como a perda de uma parte dela (Maldonado, 1985).

Imediatamente após o nascimento é que se inicia uma nova etapa na vida da mulher que exige cuidados específicos: o puerpério. A mãe e o bebê precisam se adaptar a esse novo momento da vida que é rodeado de sentimentos e emoções provindas desta nova relação e a mãe poderá estar vulnerável à situação de crise (Maldonado, 1985).

Nas primeiras vinte e quatro horas após o nascimento do bebê a mulher precisa se recuperar do cansaço do parto. Conseqüentemente nos próximos dias precisa lidar com as mais diversas e intensas sensações. De modo geral, nesse momento a mulher se sente cansada e ocorre um estado de modificação emocional provisória com aumento da fragilidade

psíquica. Além disso, a mulher precisa suportar os desconfortos relacionados ao parto, como dores e sangramentos (Maldonado, 1985).

Sem dúvida este é o momento mais delicado e que precisa ser cuidadosamente observado pelos profissionais de saúde, pois, ao considerar as etapas da gestação, do parto e do puerpério considera-se este último o período de maior instabilidade emocional, que pode levar ao surgimento de transtornos psiquiátricos como é o caso da depressão pós-parto (DPP) (Maldonado, 1985). Além disso, a relação conjugal necessita de uma rápida reestruturação para dar conta deste novo membro familiar (Bortoletti, 2007).

Considerada uma doença grave, a depressão pós-parto afeta aproximadamente 15 a 20% das mulheres e causa sofrimento para toda a família (Flores et al., 2011). Geralmente os sintomas depressivos começam a aparecer entre o primeiro e o segundo mês após o parto, ou em alguns casos a DPP pode surgir até os 18 meses após o parto. Manifesta-se com intensidade variável o que a torna um fator de risco em relação à formação do vínculo entre a mãe e seu bebê, além disso, há evidências que a DPP pode acarretar prejuízos no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança (Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005).

É após o parto que a mulher, agora uma mãe com seu bebê necessita de amparo e proteção. Algumas vezes estas situações estão associadas às novas adaptações e às perdas que as puérperas vivenciaram que inclui a perda do corpo gravídico, o não retorno do corpo antes da gravidez, a separação mãe-bebê, que passa a ser um ser real e não mais o idealizado por ela (Sarmiento & Setúbal, 2012).

Ressalta-se a importância da presença dos fatores que protegem a mulher: uma equipe multidisciplinar integrada de assistência a mulher e/ao casal, a presença de familiares e amigos queridos. Neste momento o apoio e participação da mãe da gestante e do seu companheiro são fundamentais, pois ela precisa da ajuda do marido que deverá assumir necessariamente dois papéis: participar nos cuidados com o bebê e fornecer apoio emocional a mulher, encorajando-a a cuidar do bebê, pois, a mãe precisa que alguém cuide dela para que ela possa cuidar do seu filho (Maldonado, 1985).

Dessa forma faz-se necessário compreender quais fatores podem prevenir ou contribuir com os episódios estressantes em relação à gravidez, parto e o puerpério e considera-se que a prevenção da depressão pós-parto seja incluída tanto na assistência psicológica quanto da equipe médica que estejam comprometidos com isso (Bortoletti, 2007). Assim, pode-se pensar e definir estratégias de tratamento e minimizar os efeitos dos sintomas psicopatológicos que podem abalar tanto a relação mãe-bebê como a relação familiar (Flores

et al.,2011).

1.2 Dificuldades durante a gestação e a manifestação da Depressão Pós-Parto

A assistência à mulher gestante merece destaque, tem sido prioridade quando se fala em saúde materno-infantil e continua sendo um desafio na história da saúde pública no Brasil. Os importantes indicadores de saúde e a persistência da mortalidade materna e infantil justificam a emergência de novas políticas públicas eficazes que enfocam o ciclo gravídico-puerperal (Barreto & Mathias, 2013).

Em relação ao Brasil, o país teve uma significativa redução na mortalidade infantil. Houve queda de 73% entre os anos de 1990 e 2015, das 61 mortes registradas a cada 1.000 nascimentos em 1991, o país chegou a 16 a cada 1.000 em 2015 (UNICEF, 2015). Além disso, a meta três dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do país propõe reduzir também a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 habitantes até 2030 (Brasil, 2015).

O médico obstetra e os demais profissionais que atendem a mulher durante o período gravídico precisam estar preparados para lidar com os aspectos emocionais individuais do gestar, do parir e do puerpério. Quanto mais disposto o médico estiver para suportar essas mudanças psicológicas que acontecem não só com a mulher gestante, mas também com o parceiro, mais condições ele terá para entender e ajudar no que for necessário. Se a gestante confia no seu obstetra e essa relação for significativa, a futura mãe obtém conhecimento das mudanças que ocorrerão com ela e com o filho que está dentro do seu ventre (Cia & Balau, 2007).

Entretanto é necessário destacar que durante a gravidez algumas doenças podem prejudicar a saúde da mulher e do seu bebê.

Infecções do trato urinário representam a complicação clínica mais frequente seguida pela anemia. Outra situação preocupante entre a saúde das gestantes é o tabagismo e nestes casos a mulher deve ser orientada a parar de fumar, pois gestantes que fumam tem 40% a mais de chances de terem parto prematuro e a ocorrência de aborto espontâneo aumenta em até 70%. Doenças crônicas como hipertensão arterial e o diabetes mellitus associados ou de forma isolada representam as doenças mais comuns durante os atendimentos no pré-natal (Barreto & Mathias, 2013).

Alterações morfológicas são frequentes durante as primeiras semanas da gravidez o

que pode levar ao aborto espontâneo. Este incidente jamais deve ser menosprezado, já que na maioria das vezes existe uma relação afetiva da mulher com o embrião, além das expectativas criadas pela maternidade. Essa interrupção pode provocar consequências a curto, médio e longo prazo, não só para a mulher, mas também para o homem e podem surgir sentimentos de incapacidade e esvaziamento, além de transtornos emocionais mais complicados como a depressão, a síndrome do pânico, a ansiedade generalizada, entre outras. O casal poderá ainda permanecer ansioso para descobrir os fatores causadores e são comuns os sentimentos de culpa (Sarmiento & Setúbal, 2012).

Outro fator delicado é o nascimento prematuro seguido pela internação do recém-nascido que provoca sofrimento para a mulher. A mãe, os familiares e a equipe de saúde, muitas vezes, são pegos de surpresa e os pais ficam muito assustados. O bebê é muito diferente do que foi sonhado, sendo fraco e inacabado. A mãe pode se sentir culpada por não ter conseguido levar a gravidez até o fim, percebe-se incapaz de cuidar do seu filho, aflige-se por delegar aos outros os cuidados com o bebê e se sente ameaçada no seu papel de mãe, fato que pode gerar problemas de saúde mental (Sarmiento & Setúbal, 2012).

A nutrição materna inadequada merece destaque, pois, diante desta condição pode gerar complicações para a mulher e para seu bebê. Quando a mãe não consegue alimentar-se adequadamente no período da gravidez ela corre um risco maior de ter seu bebê natimorto, de nascer com baixo peso ou ainda risco do bebê morrer durante o primeiro ano de vida (Bee, 1996).

A idade da mãe é outro aspecto importante e deverá ser cuidadosamente observado. Anomalias cromossômicas como é o caso da síndrome de Down ou desvios nos padrões do cromossomo sexual são inalteráveis e na maioria das vezes relacionadas a um retardo mental ou problemas na aprendizagem, pois foi comprovado que o risco é maior quando as mulheres têm mais de 35 anos (Bee, 1996).

Situações complicadas como as descritas acima podem favorecer o surgimento e ou aumento de sintomas depressivos. Por outro lado, mesmo se houver uma gestação tranquila e saudável, a mãe poderá não se adaptar ao nascimento do bebê, pois, embora o momento da maternidade seja associado a sentimentos positivos, ela pode ter dificuldades e incapacidades para desenvolver o que é adequado em relação a seu papel de mãe (Campos & Rodrigues, 2015).

Normalmente isto ocorre porque as mulheres, desde o período da infância são preparadas para serem amáveis, compreensivas, tranquilas, acolhedoras e essas qualidades são cobradas em diversos momentos da sua vida. No entanto, espera-se um modelo de “mulher-

mãe” perfeita, um modelo de maternidade que foi criado ao longo dos anos e que pode gerar um alto custo emocional na vida das mulheres, pois, quando elas não conseguem realizar tal tarefa podem sofrer preconceitos e serem excluídas da sociedade (Junior, Silveira, & Gualda, 2009).

Podemos pensar que nenhuma mulher nasce mãe, mas se torna mãe, e apesar das diversas idealizações no imaginário da mulher, para algumas a chegada de um filho pode significar uma carga emocional maior do que imaginava suportar. A experiência da maternidade pode ser satisfatória e trazer alegria para a família e, para a mulher. Mas em alguns casos elas podem vivenciar esse momento com sofrimento, afetos depressivos ou experiência de desorganização interna e pode surgir nessa fase doenças ou transtornos psíquicos (Moraes & Crepaldi, 2011; Aguiar, Silveira, & Dourado, 2011).

Apesar de os transtornos psíquicos serem considerados graves problemas de saúde pública, essa conscientização é relativamente recente. Na vida adulta, homens e mulheres apresentam diferenças em relação aos transtornos mentais e as mulheres são mais vulneráveis aos sintomas ansiosos e depressivos, principalmente relacionados ao período reprodutivo e a depressão é uma doença que mais causa incapacitação para elas (Andrade, Viana, & Silveira, 2006). Na maioria das vezes a doença se manifesta após eventos estressantes e marcantes como a gestação, parto e pós-parto (Ruschi et al., 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, pelo menos 350 milhões de pessoas sofrem com a depressão. Estima-se que em 2020 a depressão será a segunda doença que mais causará incapacidades entre as pessoas (Stopaet al., 2015). Conhecida há muitos anos como uma doença da “tristeza”, a depressão se tornou um grande fenômeno de saúde pública e não deixa de refletir um adoecimento da sociedade, pois se destaca cada vez mais por ser um sofrimento difícil de tratar e diagnosticar (Saraiva, 2007). Com frequência, a palavra depressão está ligada a sofrimento, sentimento de perda e é considerada uma doença da modernidade, sendo a quinta doença que mais gera custos na saúde das mulheres (Junior et al., 2009).

No período do pós-parto é alto o risco de ocorrência de transtornos depressivos, principalmente em mulheres com história de episódios anteriores. Estes transtornos são classificados em: disforia pós-parto (puerperal blues) e depressão puerperal (depressão pós-parto). O puerperal blues atinge em média 85 % das puérperas que sentem algum grau de tristeza ou de humor depressivo. Este é um fenômeno bastante comum e tende a diminuir até o 10º dia após o parto e não chega a comprometer a saúde da mulher ou a relação com o seu bebê (Yamaguchi, Pita, & Martins, 2007).

A depressão pós-parto (DPP) é mais delicada e preocupante. É um transtorno emocional que afeta 10 a 20% das mulheres, surge geralmente nas primeiras 4 semanas à 18 meses ou mais após o parto (Schimidt et al., 2005). Com suas particularidades, a depressão pós-parto provoca nas mulheres sintomas como ansiedade, estresse, desânimo persistente, choro frequente, distúrbios do sono, sentimento de culpa, perda de prazer nas atividades cotidianas (Santos & Serralha, 2015; Saraiva, 2007; Campos & Rodrigues, 2015).

É um evento altamente estressor, com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos. É importante ressaltar que não há um consenso sobre o diagnóstico da DPP e o período em que ela ocorre. Pode aparecer nas quatro semanas após o parto, não há um período limite para sua investigação e diversos instrumentos podem ser utilizados para o diagnóstico da depressão pós-parto (Campos & Rodrigues, 2015).

Esta é uma doença grave que afeta tanto a saúde da mulher quanto a saúde do seu bebê porque impede que mãe e filho possam interagir naturalmente. A depressão pós-parto pode influenciar o bebê de forma variável, ele pode reagir ao comportamento da mãe com retraimento na interação social ou com sentimentos de tristeza e caso ocorra um investimento libidinal insuficiente por parte da mãe, a relação inicial entre ela e seu bebê podem ser afetadas e danos significativos podem surgir na formação psíquica da criança (Flores et al., 2011). Sua origem não é claramente conhecida, mas sabe-se que muitos fatores estão associados e contribuem para o surgimento da doença: abandono do parceiro, baixo nível socioeconômico, baixa autoestima, histórico de doença psiquiátrica, gravidez não planejada, relação conflituosa com o parceiro, tentativa de aborto (Santos & Serralha, 2015; Moraes et al., 2006; Greinert & Milani, 2015; Gomes et al., 2010).

Nas mulheres com depressão pós-parto observam-se com frequência sentimentos negativos, falta de interesse pelo seu bebê o que dificulta a formação de vínculos afetivos. Geralmente o quadro clínico pode se tornar mais grave e surgir sintomas como ansiedade intensa, ataques de pânico, ideação suicida, pensamentos obsessivos de violência contra a criança e sintomas psicóticos como delírios (Andrade et al., 2006). Mães deprimidas não conseguem entender e responder aos sinais do seu filho o que diminui a capacidade de maternagem (Brum & Schermann, 2006; Campos & Rodrigues, 2015). Além disso, os filhos de mães com DPP apresentam maiores dificuldades nos relacionamentos pessoais e sociais e as crianças são mais ansiosas, menos felizes, com menor atenção e menos responsáveis (Schimidt et al., 2005).

Em 2010 uma pesquisa realizada no Brasil apontou uma grande variação das taxas de DPP: 7,2 a 43%. Essa variação provavelmente ocorreu devido aos instrumentos utilizados

para o diagnóstico, do período no pós-parto e em relação aos aspectos culturais. É possível que esses números sejam maiores, pois em alguns casos o tratamento é realizado sem registro ou pelo fato de algumas mulheres não revelarem seus sintomas por vergonha ou estigmatização (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó, 2010).

Isso mostra que os casos de DPP podem ser mais comuns do que imaginávamos e o quanto é necessário investigar e ampliar os estudos a respeito deste fenômeno.

Por outro lado, uma pesquisa realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Morais, Lucci e Otta (2013) investigou a influência da depressão pós-parto e desenvolvimento infantil de 76 bebês. As autoras utilizaram como instrumentos a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e entrevistas de acompanhamento do desenvolvimento motor, interacional e de linguagem dos bebês compararam indicadores de desenvolvimento motor e emocional dos bebês de mães não deprimidas que foram comparados com os bebês de mães com indícios de depressão pós-parto. O estudo apontou poucas diferenças entre os comportamentos das crianças e das mães com e sem indícios de depressão pós-parto. Constatou-se que os bebês com um ano de idade, filhos de mães sem indícios de DPP apresentavam superioridade na motricidade ampla. Já nos bebês com a mesma idade filhos de mães com indícios de DPP, houve melhor desempenho em relação à linguagem e comportamento motor e adaptativo.

As autoras explicam que a maior parte dos resultados ocorreu devido ao fato de as mães deprimidas terem menos disposição para cuidar dos seus filhos. Em contrapartida, a pesquisa também apresentou que a menor interação das mães pode ter sido um fator propulsor para o desenvolvimento de maior autonomia nas crianças, o que explica a superioridade dos filhos de mães deprimidas nos setores da linguagem e motor adaptativo (Morais et al., 2013).

Além destas questões, outro fator como, por exemplo, o conflito conjugal tem sido apontado para compreender as origens da DPP, para prognósticos mais precisos sobre a interferência do ambiente familiar no desenvolvimento do bebê e melhor qualidade de vida para toda a família (Mendonça, Bussab, & Siqueira, 2013).

A dificuldade no relacionamento conjugal e a falta de apoio, especialmente do companheiro, pode favorecer o surgimento e ou o aumento da DPP. Por outro lado, quando o parceiro é capaz de promover apoio emocional durante a gravidez, no parto e no pós-parto, fornece a mãe o ajuste necessário para conceber a maternidade e dessa forma reduzir as chances da mãe desenvolver DPP (Mendonça et al., 2013).

Além disso, a DPP pode trazer complicações para o ajustamento do casal e inclusive afetar a percepção da mãe quanto ao apoio recebido. O cônjuge que convive com uma pessoa

deprimida pode se sentir angustiado, tenso e perceber suas atividades sociais e de lazer diminuídas. Se há proximidade, harmonia, boa comunicação e se os cônjuges estiverem satisfeitos com sua condição econômica, a satisfação conjugal aumenta e diferentes estratégias são criadas para a resolução dos conflitos (Frizzo, Brys, Lopes, & Piccinini, 2010).

Torna-se claro que a avaliação precoce é fundamental nos casos de DPP, pois assim pode-se pensar e escolher o melhor tipo de tratamento, encaminhando a puérpera para profissionais especializados evitando prejuízos tanto para a saúde da mãe quanto para a saúde e para o desenvolvimento saudável do seu bebê. A prevenção da depressão pós-parto pode ser realizada inclusive durante o pré-natal, pois, através de ações conjuntas entre as equipes de saúde, acompanhar e diminuir o risco de as mães desenvolverem DPP. Além disso, pode prevenir maiores problemas físicos e/ou emocionais consequentes desta doença (Costa, 2013).

Se o médico obstetra for capaz de identificar os fatores de risco e tratá-los corretamente durante a gestação, o profissional de saúde tem a oportunidade juntamente com a paciente de atuar na perspectiva de prevenção e promoção de saúde e ajudar a mulher com eventuais conflitos em relação à maternidade e situações psicossociais que podem surgir. Acredita-se que se a mulher puder contar com uma rede de apoio que as auxiliem nos cuidados básicos de saúde, sobrevivência e higiene, ela poderá ser estimulada e orientada a cuidar melhor do seu bebê (Costa, 2013; Campos & Rodrigues, 2015).

Infelizmente o diagnóstico da DPP e de outros transtornos psíquicos durante a gestação e no pós-parto não é tarefa fácil, pois não há um consenso final do próprio diagnóstico. Se o profissional que atua nessa área não for experiente e especializado, terá dificuldades para identificar os sintomas e indicar tratamento adequado (Marini, 2014).

Além da dificuldade do diagnóstico, muitas vezes as doenças psíquicas são negligenciadas, não somente pelos profissionais e familiares, mas principalmente pelas próprias puérperas que, frente às expectativas sociais de serem felizes e satisfeitas pela chegada do seu bebê, tendem a ter dificuldades para reconhecer algum tipo de sofrimento emocional justamente no momento em que deveriam estar felizes (Marini, 2014).

Dessa forma, para que a puérpera possa ser tratada corretamente, a terapêutica da DPP deve envolver no mínimo três cuidados especializados: ginecológico, psicológico e psiquiátrico. Além do mais, são extremamente relevantes os cuidados sociais, normalmente envolvidos com o desenvolvimento da doença no período puerperal (Guedes-Silva, Souza, Moreira, & Genestra, 2003).

Os benefícios da psicoterapia precoce e preventiva não se limitam apenas ao bem-estar da mãe e de seus familiares, representa também grande benefício para os bebês, uma vez que

pode haver relação entre a desorganização depressiva da mãe e as possíveis dificuldades emocionais que seus filhos possam ter (Costa, 2013).

Outra possibilidade de intervenção psicológica é a psicoterapia em grupo no período da gestação e que funciona como suporte, pois, através das trocas de experiências as mulheres podem refletir melhor e receber informações que podem contribuir e diminuir os medos e aliviar as ansiedades relacionadas à gravidez (Costa, 2013).

Em situações mais delicadas, a mulher diagnosticada com DPP poderá também ser tratada com uso de medicação antidepressiva que é indicada nos casos em que a depressão está afetando a função e o bem estar da mãe (Guedes-Silva et al., 2003). A decisão de indicar tratamento psicofarmacológico a gestante e/ou puérpera é um processo complexo, envolve uma interação entre a equipe de saúde, pacientes e familiares. Nesse caso uma aliança terapêutica é essencial uma vez que a confiança que a gestante adquiriu do seu médico poderá minimizar qualquer obstáculo principalmente em relação aos efeitos colaterais que podem surgir durante o tratamento e essa decisão deverá sempre levar em conta a relação risco-benefício (Camacho et al., 2006).

Diante das inúmeras consequências que os transtornos psiquiátricos podem causar quanto mais precocemente ocorrer a identificação dos sinais e sintomas mais rápido será o diagnóstico e conseqüentemente poderá ser realizada a intervenção necessária para a remissão do quadro e evitar possíveis impactos negativos que DPP pode acarretar tanto para a mãe, para o seu bebê e para as demais pessoas que fazem da relação social e familiar da mulher e ou do casal (Marini, 2014).

2 Desenvolvimento infantil

Diferentes programas de saúde têm se tornado prioridade quando se fala em ações com o objetivo de contribuir para o pleno desenvolvimento das fases iniciais da vida, incluindo a gestação. O investimento nesses primeiros anos de vida pode promover os alicerces para que a criança ainda pequena, possa se transformar em um adulto saudável e capaz de lidar com os mais diferentes conflitos que possam surgir durante a vida (Cypel, 2011).

Entretanto não é suficiente incluir somente a criança nos programas de prevenção e promoção de saúde e é impossível ignorar o contexto que envolve a criança: a família, lugar onde mora, situação financeira, entre outros. Sabe-se que uma família amorosa, um ambiente estável e protetor pode proteger a criança de fatores estressores e com isso garantir a base para os futuros aprendizados (Cypel, 2011).

Sabemos que desde o momento da concepção até a morte os seres humanos passam por diversas transformações que ocorrem ao longo da vida e possui três aspectos principais: físico, cognitivo e psicossocial. Esses aspectos estão interligados, ainda dentro do útero e não se formam isoladamente, um depende e influencia o outro (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Essas transformações são complexas, contínuas, dinâmicas e progressivas e inclui crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (Brasil, 2012).

A palavra maturação “refere-se aos processos de crescimento que ocorrem em função das potencialidades orgânicas, neurofisiológicas do recém-nascido e que são parcialmente independentes do meio exterior” (Zimerman, 1999, p. 89). No entanto o desenvolvimento está fortemente relacionado à estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar (Oliveira, Flores, & Souza, 2012). A predisposição genética e os fatores ambientais totalmente interligados formam uma unidade inseparável (Zimerman, 1999).

No momento da fecundação o novo indivíduo herda um programa genético básico que determinará ou não um desenvolvimento saudável. Alguns fatores provenientes de fora do indivíduo podem comprometer o bom desenvolvimento, eles são chamados de “fatores epigenéticos” e são todos aqueles que não pertencem ao fator genético e que podem ou não ser evitados durante a gestação como consumo de álcool, drogas, radiações, infecções como toxoplasmose, rubéola, entre outros. No nascimento podem ocorrer traumas de parto, asfixia neonatal, hemorragias, baixo peso do bebê e após o parto infecções e alterações metabólicas (Pereira, 2011).

Esses fatores são preocupantes e podem ocorrer até mesmo no período que antecede e sucede o parto e pode influenciar no desenvolvimento infantil, pois, está associado às

condições físicas e psicológicas da mãe (Fonseca, Silva, & Otta, 2010). Se no início do desenvolvimento algo acontecer de errado, a saúde física e mental poderá ser afetada, o que prejudica as fases posteriores do desenvolvimento (Mustard, 2010).

Isso ocorre porque a arquitetura básica e a função cerebral são formadas nesta fase inicial que vai da concepção até os 6-8 anos de idade, pois, grande parte do cérebro é formada antes da criança completar três anos de idade. Neste pequeno período de 36 meses as crianças adquirem capacidades como o pensamento e a fala, raciocínio e lançam as bases para formar seus valores e comportamentos na vida adulta. Esta fase é, portanto decisiva para a formação da personalidade e o equilíbrio futuro desta criança e posteriormente adulto, dependerá da harmonia ocorrida durante este processo (Pereira, 2011).

Quando o bebê nasce ele possui 100 bilhões de células cerebrais, porém a maioria não está conectada e não funcionam isoladamente, precisam se organizar em redes que exigem delas trilhões de conexões. O corpo humano realiza essas conexões dependendo tanto da genética quanto das experiências ocorridas durante a primeira infância e algumas experiências podem afetar o desenvolvimento desse novo cérebro (Pereira, 2011).

Em relação a qualquer espécie do reino animal, o bebê humano nasce num estado de “neotenia”, ou seja, nasce prematuro e apresenta uma extensa deficiência de maturação neurológica e motora que o coloca em dependência absoluta e desamparo. Ao contrário da maturação motora que é lenta, o desenvolvimento dos órgãos dos sentidos é precoce e acelerado: o bebê nasce e sente calor ou frio, ouve a partir das primeiras semanas, enxerga por volta do primeiro mês e assim por diante (Zimmerman, 1999).

Entretanto para que ocorra o desenvolvimento normal e saudável, as necessidades básicas devem ser satisfeitas e algumas tarefas do desenvolvimento devem ser dominadas em cada período. Os bebês quando nascem dependem dos adultos e a mãe seria a pessoa ideal para atender e dar a seu bebê todos os cuidados básicos necessários à sua sobrevivência: alimentação, vestuário, abrigo, principalmente o contato humano e afeição, que irão se formar nessa relação. Aos poucos, com o desenvolvimento da fala e locomoção, os bebês se tornam independentes e começam a adquirir sua autonomia, porém ainda necessitam dos pais para ajudá-los a controlar certos impulsos (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Além disso, é na primeira infância que o cérebro se desenvolve em uma velocidade que nunca mais será igualada. Um aliciamento ocorre entre a genética e o meio ambiente e a função da genética é pré-ordenar a sequência do desenvolvimento saudável, no entanto a qualidade desse desenvolvimento é condicionada por alguns fatores ambientais que podem afetar tanto a saúde da mulher gestante quanto a do seu bebê. Boas condições de saúde,

alimentação adequada, ambiente acolhedor e livre de violência ou abusos pode influenciar o crescimento e o desenvolvimento do cérebro (Pereira, 2011).

Outro aspecto importante que merece destaque durante os primeiros dois anos de vida é o desenvolvimento afetivo caracterizado pelo apego que é o vínculo afetivo básico. O bebê cria vínculos com diversas pessoas que fazem parte do seu meio social e desenvolve características de conduta, sentimentos e representações mentais (Brasil, 2012). Nesse período o psiquismo e a subjetividade do bebê estão em plena formação e mesmo assim já é possível observar indícios que algo não está bem e propor intervenção necessária (Oliveira et al., 2012).

Esse processo é crítico e delicado e os cuidados oferecidos pela mãe e/ou cuidador primário serão de grande influência no desenvolvimento neurobiológico e psicológico. A mãe que consegue proteger seu bebê dos fatores estressantes do meio interno e externo, através dos estímulos táteis, visuais e auditivos, poderá traduzir as necessidades do seu filho e possibilitará o desenvolvimento sadio (Motta, Lucion, & Manfro, 2005).

Por outro lado, caso a mãe não consiga oferecer ao seu bebê essa proteção, pode aumentar as chances de prejuízos nos processos de desenvolvimento e levar a repercussões a médio e longo prazo, pois esse período inicial da vida do bebê é crucial para aquisição de informações sociais, afetivas e cognitivas (Motta et al., 2005).

Além da importância da mãe, o desenvolvimento da criança está sempre mediado por outras pessoas, pela família, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros. A criança juntamente com os familiares e com sua rede social de proteção “assegura” sua sobrevivência e sua relação com o mundo, desenvolve seu potencial e pode adquirir novas habilidades que foram construídas através desta relação social (Brasil, 2012).

Em seguida serão apresentadas algumas características do desenvolvimento neuropsicológico das crianças (Pereira, 2011):

- Nascimento até 1 e 2 meses: O bebê ouve e se adapta; mama; enxerga preto e branco; cheira; começa a reconhecer o rosto humano; movimentar a cabeça para um lado; apresenta reflexos, chora de fome ou de dor; dorme em média 16 horas por dia.
- 3 meses: Fica de bruços; levanta a cabeça e os ombros; começa a sorrir; enxerga as cores, visualiza e segue objetos com o olhar; reage a estímulos auditivos; vocaliza; brinca com as mãos e com os pés; sente raiva e frustração.
- 6 meses: Senta-se; apresenta reações a pessoas estranhas; cinestesia das mãos; agarra objetos; explora os alimentos; repete sons; chora angustiado.

- 9 meses: engatinha ou anda com apoio; fica em pé; se assusta com estranhos; responde com gestos.
- 12 meses: O bebê se levanta; começa a andar; cinestesia das pernas; demonstra rivalidade; tem noção espacial de profundidade; imita sons de animais e de humanos; fala poucas palavras; reconhece a imagem refletida.
- 18 meses: Corre e sobe degraus baixos; apresenta noção espacial de altura e profundidade; ultrapassa obstáculos; fala pequenas frases; demonstra alegria; sente vergonha; faz careta; fica feliz com novas descobertas.
- 24 meses: O bebê diz seu próprio nome; começa a brincar de faz de conta; é desafiador; exibe suas habilidades; empilha blocos; conhece frente, atrás e lados; gosta de ajudar; brinca e abraça bichos de pelúcia.
- 36 meses: Começa a se vestir com auxílio; seu comportamento é predominantemente egocêntrico; controla a urina; calça os sapatos; distingue menino e menina; faz garatujas e reconhece as suas; distingue seres vivos dos não vivos, não sente mais sono no período da tarde.

O acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança devem ser contínuo, pois objetiva sua promoção, protege e pode detectar precocemente fatores que comprometem o desenvolvimento e assim serem tratados corretamente. Se por acaso a criança apresentar alguma dificuldade e/ou distúrbio durante seu desenvolvimento e não for estimulada no devido momento ela poderá não superar o atraso e como consequência desenvolver problemas como: atraso no desenvolvimento da fala, atraso do desenvolvimento motor, dificuldade na aprendizagem, na interação social, agressividade, entre outros (Pereira, 2011; Brasil 2012).

Vale ressaltar que a base da formação bio-psico-social de uma pessoa inicia-se nos primeiros anos de vida e com os cuidados da família. Torna-se fundamental resgatar a família e colocá-la como responsável para o desenvolvimento da pessoa até que ela possa torna-se um sujeito capaz de cuidar de si mesmo, ter autonomia, respeito pelo próximo, aprender a viver em sociedade e ser capaz de se proteger das doenças e da violência (Cypel, 2011).

Reconhecer os fatores de risco e os problemas durante a infância pode produzir efeitos benéficos para toda a vida do ser humano, é proporcionar a criança que ainda é dependente a transformar-se em um adulto produtivo e com capacidade de interagir socialmente (Amorim et al., 2009). Resumidamente, é a partir das manifestações do desenvolvimento saudável do bebê que a autoconfiança dos pais aumenta e eles podem sentir-se plenamente realizados pela sua existência.

2.1 Implicações da depressão pós-parto para o desenvolvimento infantil

Problemas no desenvolvimento infantil podem ocorrer através de fatores genéticos, como a Síndrome de Down, biológicos como prematuridade, hipóxia neonatal e/ou fatores ambientais, relacionados ao ambiente físico, fatores sociais, econômicos e culturais (Brasil, 2012).

O desenvolvimento infantil é um processo condicionado e determinado por diferentes aspectos. A base para um desenvolvimento normal constitui aquisição de habilidades motoras e cognitivas, que depende de fatores genéticos, maturacionais, além de acompanhamento adequado pré e pós-natal. Quando há condições satisfatórias, é possível que a criança tenha resistência às dificuldades físicas e psicológicas, se o contrário acontecer, o desenvolvimento pode ser abalado em diferentes proporções (Oliveira et al., 2012)

Nos primeiros três anos de vida de uma criança importantes avanços ocorrem nas diversas áreas: motora, cognitiva, social, bem como a aquisição da linguagem, sendo estes fundamentais para seu desenvolvimento integral. Se algum aspecto exercer influência negativa no desenvolvimento da criança poderá provocar futuros prejuízos (Oliveira et al., 2012).

Nesta etapa da vida da criança ocorre um processo denominado “esperando a experiência” onde o cérebro da criança está preparado para receber diversos tipos de informações vindas do ambiente. Durante esse período crucial para a aprendizagem e desenvolvimento, ocorre um maior crescimento de diversas sinapses em detrimento de outras (Motta et al., 2005).

Se a mãe e/ou cuidador (a) falhar e não fornecer ao bebê proteção e estímulos necessários aumentamos chances de danos no processo do desenvolvimento neurobiológico e psicológico a médio e longo prazo. A falha insistente com os cuidados essenciais e principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe ao falar com seu bebê pode colaborar e o bebê não conseguir desenvolver conexões neuronais corretamente. As falhas que ocorrem durante o período inicial da vida como negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associados a modificações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês (Motta et al., 2005).

A privação materna pode acontecer até mesmo sem a intenção da mãe de prejudicar seu bebê, como é o caso da depressão pós-parto (DPP). Na depressão pós-parto os problemas relacionados à doença não afetam somente a mulher, mas sim a relação mãe-bebê e pode

causar impactos no desenvolvimento da criança. A mãe precisa ser capaz de usar toda sua capacidade e seu potencial para cuidar do seu bebê e dar conta de tantas solicitações. Se essa interação, estimulação afetiva, sensorial e social for insuficiente, pode ocorrer um atraso no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social (Motta et al., 2005; Fernandes & Cotrin, 2013).

As mães com depressão pós-parto são consideradas menos responsivas do que as mães não depressivas no aspecto da afetividade com seus filhos, pois expressam mais raiva e tristeza do que afetos positivos. Já as crianças filhas de mães com depressão pós-parto são mais “propensas” a desenvolverem problemas psiquiátricos mais graves, dificuldades para buscar tratamento adequado e déficits no funcionamento adaptativo (Mendes, 2008).

Em relação à competência escolar nas crianças, verificou-se maior prejuízo quando há presença de depressão materna. As mães não têm recursos suficientes para ajudar seus filhos e orientá-los quanto ao aprendizado, isso pode comprometer a segurança das crianças e essas não conseguem um bom rendimento em suas tarefas escolares (Mendes, 2008).

Não é possível ignorar os inúmeros prejuízos que a DPP pode causar em relação ao desenvolvimento da criança envolvida nesse contexto. O grau dos efeitos negativos sobre o bebê irá depender de outros fatores como: idade do bebê, gravidade da depressão da mãe, qualidade dos cuidados maternos que a mãe oferece, da quantidade de apoio que a mãe terá de sua família e do seu companheiro, além de dificuldades socioeconômicas (Santos & Serralha, 2015).

Embora a genética seja um fator importante, é fundamental considerar a qualidade da interação mãe-bebê como contribuintes para o bom desenvolvimento da criança. A maneira como Winnicott, Bion e Bolwby concluíram suas teorias sobre a mente e onde são fundamentados os conceitos de “mãe suficientemente boa”, “reverie” materno e “apego”, mostram que é possível, através de observações, testar hipóteses científicas, demonstrar ou não, alterações nos sistemas psicológicos e/ou fisiológicos de crianças que sofreram privação dos cuidados primários maternos e estresse muito alto durante o período de desenvolvimento (Motta et al., 2005).

Winnicott (2000) escreveu inúmeros trabalhos sobre o tema que mais atraía a sua atenção: o mistério do relacionamento mãe-bebê. Em uma de suas declarações disse que não existia o que chamam de bebê, ou seja, é que sempre que existe um bebê há também um cuidado materno, pois sem o cuidado materno não haveria o bebê. Para ele, o paradoxo da relação mãe-bebê reside em que o ambiente (mãe) faz com que o eu da criança se torne viável. A essência da experiência do bebê está diretamente ligada à dependência dos primeiros cuidados maternos (Winnicott, 2000).

Após o nascimento do bebê, a mãe adquire uma função natural que Winnicott (2000) denominou de “sustentação”, tendo em vista sua Preocupação Materna Primária. Se a mãe for capaz de dar conta desta tarefa e interpretar as necessidades do seu bebê, ele conseguirá desenvolver-se e tornar-se diferente desta mãe, ser ele. Em situações extremas, caso a mãe não possa oferecer esta sustentação, outra pessoa poderia substituí-la e adquirir a mesma função (Winnicott, 2000). Acredita-se que as bases da saúde mental são lançadas ainda na primeira infância pela função da mãe e sua preocupação em cuidar do seu filho no interior de um ambiente emocional suficientemente bom (Winnicott, 2000).

Se por acaso a mãe ou cuidador responsável, por algum motivo mais grave falhar na adaptação suficientemente boa do ambiente, poderá produzir no bebê distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo e os relacionamentos podem provocar uma perda da sensação de ser e causar uma desorganização interna e o indivíduo pode não conseguir desenvolver-se plenamente e alcançar uma boa saúde mental (Winnicott, 2000).

Bowlby (1989) nos presenteou com seus estudos dizendo que ter um filho e cuidar dele é apostar alto, pois, um cuidado adequado é a principal base para a saúde mental.

Para o autor, a dependência da criança com sua mãe se desenvolvem nos primeiros meses de vida e o objetivo é manter a criança mais ou menos próxima de sua figura materna. Ao final do primeiro ano, o comportamento se torna mais organizado, já que a função biológica desse comportamento é na verdade a proteção (Bowlby, 1989).

Se tudo correr bem, encontra-se satisfação e senso de segurança, porém, se a relação for conturbada pode haver raiva, ansiedade e ciúme. Caso ocorra uma ruptura, há dor e depressão. O comportamento de cuidados, assim como o comportamento de apego estão em um grau elevado, pré-programado e está pronto para se desenvolver se houver condições favoráveis, pois todos os detalhes são desenvolvidos durante a interação com os bebês e as crianças e, outros, através da observação do comportamento dos pais, já que este processo se inicia na infância (Bowlby, 1989).

Se a mãe for atenta e sensível, rapidamente ela conseguirá entrar em sintonia com o ritmo do seu bebê e ao estar atenta às suas particularidades descobre o que mais lhe agrada e tenta satisfazê-lo. Ao fazê-lo o torna feliz e também obtêm sua cooperação, pois logo ele estará dando recompensas (Bowlby, 1989).

Bowlby (1989) concluiu que os bebês humanos, assim como os bebês de outras espécies são pré-programados para se desenvolverem de maneira socialmente cooperativa, mas isso vai depender de como eles serão tratados.

Portanto, para promover uma base segura é necessário que os pais consigam nutrir

seus filhos fisicamente e emocionalmente, encorajá-los caso estiverem assustados, dar conforto, caso haja sofrimento, estarem disponíveis quando forem requisitados e intervir ativamente quando for necessário (Bowlby, 1989).

As contribuições de Bion (1994) também foram extremamente importantes na compreensão do desenvolvimento da capacidade humana de pensar e igualmente demonstra a importância da relação mãe-bebê.

Para o autor, quando um bebê nasce traz consigo pré-concepções que o conduzirá à realização das mesmas na realidade externa. Um exemplo disso seria a pré-concepção de um seio, cujo encontro boca-seio geraria uma realização positiva. A frustração, por exemplo, boca/não-seio força o bebê a desenvolver um aparelho para pensar. Caso o bebê não tolere essa frustração, volta-se para um mundo fantasioso, que no extremo, encontraremos o desenvolvimento da psicose (Bion, 1994).

Bion (1994) afirma que geralmente é a mãe quem acolhe e gerencia a personalidade do bebê, além do ambiente em que esse bebê se desenvolve. Se a mãe e o bebê se ajustam; se essa mãe possui uma condição de tolerar todas as projeções desse bebê, que não teria outra forma de se comunicar; se a mãe puder elaborar essas projeções e devolvê-las de forma a suavizá-las para que o bebê as tolere, então teremos um desenvolvimento normal e a capacidade desse bebê em criar um aparelho para pensar. A isso Bion (1994) atribuiu o nome de “reverie materno”, ou, a capacidade da mãe sonhar, devanear os estados gerais do seu bebê.

As questões tratadas até aqui reforçam o quanto o período inicial da vida do bebê é crítico e delicado, assim como crucial para o pleno desenvolvimento. Além disso, reconhecer quão diversos os fatores que podem impedir que a mulher possa ter uma gestação tranqüila e saudável, chegar até o parto confiante e sentir-se preparada para essa nova fase da sua vida.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Comparar desenvolvimento infantil de bebês com a presença ou não de indicadores de depressão pós-parto das mães relacionando com aspectos sócio-demográficos.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar indicadores de depressão pós-parto em mães de bebês até 42 meses;
- Avaliar desenvolvimento infantil, aspectos cognitivos, linguagem receptiva, linguagem expressiva, motor fino, motor grosso, sócio-emocional e comportamento adaptativo de bebês até 42 meses;
- Correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e grau de escolaridade da mãe;
- Correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e renda familiar;
- Correlacionar atrasos no desenvolvimento infantil e ajuda para cuidar do bebê.

4 Método

Este estudo consiste num recorte da pesquisa ainda em andamento coordenada pela Professora Dra Miria Benincasa Gomes da Universidade Metodista de São Paulo e com a colaboração da Professora Dra Maria Geralda Viana Heleno, denominada “Desenvolvimento psicológico de bebês: uma comparação entre parto normal e cesárea eletiva”. Esta pesquisa é financiada pela FAPESP de N. 15/50503-4, conveniada com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, com vigência de 01 de junho de 2016 a 31 de maio de 2018. Fazem parte desta pesquisa: quatro psicólogas bolsistas que foram devidamente treinadas e capacitadas para aplicação da Bayley III e são as responsáveis pela coleta de dados, um profissional técnico também bolsista que é responsável pela digitação dos resultados no banco de dados, uma psicóloga doutoranda e a autora desse estudo, também treinada e capacitada para aplicação da Escala Bayley III.

Por se tratar de um recorte da pesquisa original, foi inserida pela autora do estudo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, que, apesar de não estar no conjunto de instrumentos do projeto original, responde eticamente a proposta por ele sugerida.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e os participantes foram escolhidos por conveniência, portanto uma amostra não probabilística (Gil, 1999).

A metodologia quantitativa é caracterizada pelos requisitos de um procedimento experimental que inclui características como a validade dos processos, o uso e a manipulação das variáveis na pesquisa. Neste método utilizam-se testes estatísticos para análise das variáveis de acordo com os objetivos estabelecidos e observa-se o impacto, a validade do experimento e busca ainda a relação causa-efeito (Neto, 2012).

Dessa maneira,

Os testes e procedimentos são conduzidos de forma planejada, onde os fatores controlados são alterados e posteriormente determinados de modo a avaliar-se seu impacto sobre uma variável resposta... O tratamento se caracteriza pela ação de controle sobre as variáveis independentes e sobre essas variáveis é o que desejamos saber a sua alteração quando foi aplicado algum tratamento (Neto, 2012, p. 147).

Assim, o método quantitativo pode avaliar as hipóteses em estudo e os dados podem ser comparados com os de outras pesquisas.

4.1 Amostra

Esta pesquisa teve 200 participantes, sendo 100 mães e 100 bebês de ambos os sexos. Os dados foram coletados nas creches do município de São Bernardo do Campo, SP. Desta amostra consideraram-se 100 bebês e as 100 mães que atendiam aos critérios de inclusão: bebês e crianças com idade entre 15 dias a 42 meses que foram avaliados pela Escala Bayley III e suas mães que responderam a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e o Questionário Sóciodemográfico. As mães que participaram desse estudo foram caracterizadas por idade, grau de escolaridade, renda familiar e estado civil. Elas tinham entre 18 e 48 anos. Predominou-se o ensino médio completo, a renda familiar de até três salários mínimos e estado civil casada.

4.2. Local

As creches do município de São Bernardo do Campo que aceitaram participar da pesquisa disponibilizaram dentro da própria instituição uma sala com mesa e cadeiras para que as pesquisadoras pudessem realizar o teste com o bebê juntamente com a mãe e/ou cuidador responsável. Os bebês foram avaliados no horário agendado com a mãe e/ou cuidador responsável, sempre respeitando o horário que eles permaneciam sob os cuidados da instituição, além de respeitara rotina de cada bebê como, por exemplo, horário de almoço, lanche, sono.

4.3. Instrumentos

Foram utilizados para realização dessa pesquisa os seguintes instrumentos:

- **Questionário Sóciodemográfico:**

Este questionário é preenchido pela mãe no horário agendado dentro da creche. Ele é composto por 75 perguntas, sendo a maior parte objetiva, é administrado em 40 minutos e é realizado pelas pesquisadoras, individualmente com cada mãe. Neste questionário (Anexo A) constam questões sobre dados pessoais, ocupacionais, financeiros, questões relacionadas à

gravidez, parto e pós-parto e sobre a saúde e o desenvolvimento do bebê. Foi elaborado pela coordenadora do projeto a Profa. Dra Miria Benincasa Gomes e com a colaboração da Profa. Dra Maria Geralda Viana Heleno.

- **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo:**

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo– EPDS (Anexo B) foi desenvolvida na Inglaterra em 1987, adaptada e validada em diversos países. No Brasil a versão em português ocorreu em 1996 (Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz, & Romano-Silva, 2009).

É um instrumento de fácil aplicação, interpretação e autoavaliação, composto por 10 itens. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que a cada item respondido é associado uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos de acordo com a gravidade dos sintomas. As questões 3,5,6,7,8,9 e 10 são pontuadas inversamente. Os pontos de cada item são somados para obtenção da pontuação total da escala que varia de 0 a 30. Uma pontuação de 12 ou mais pontos indica a probabilidade da DPP, mas não avalia sua gravidade. Este instrumento leva cerca de 10 minutos para ser administrado e é realizado individualmente com a mãe (Lima, Ravelli, Messias, & Skupien, 2016).

No Brasil após a tradução e validação da EPDS alguns estudos foram realizados com o objetivo de detectar sintomas da DPP.

A EPDS foi utilizada em um estudo na região metropolitana da grande Vitória que avaliou mulheres no pós-parto, atendidas nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia nas unidades básicas de saúde. Para a realização deste estudo foram selecionadas 292 mulheres no período de junho de 2004 a maio de 2006. Para identificar sintomas depressivos foi utilizado escore 12 como ponto de corte (Ruschi et al., 2007).

Em 2009 um estudo realizado em Belo Horizonte avaliou 245 mulheres atendidas no sistema público de saúde que foram selecionadas aleatoriamente no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006. A EPDS foi aplicada por uma enfermeira em visitas domiciliares, além da aplicação de uma entrevista semi-estruturada. O ponto de corte para este estudo foi 10 e os autores afirmam que a EPDS apresentou alta sensibilidade e especificidade assim como alto valor preditivo e consistência interna (Figueira et al., 2009).

Outro estudo realizado em Ponta Grossa avaliou 38 puérperas atendidas no Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Natal entre junho a agosto de 2015. As puérperas foram incluídas no grupo de risco para DPP quando apresentaram pontuação igual ou superior a 11, sendo este o ponto de corte para fatores de risco. Este estudo contribuiu com

o Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Natal e além de detectar indícios de DPP foi a primeira instituição na rede de Ponta Grossa a utilizar a EPDS como instrumento de avaliação (Lima et al., 2016).

Além de apresentar boa capacidade de discriminar gestantes com indícios de DPP, o instrumento apresenta boa consistência interna e constitui-se como um instrumento adequado para a triagem de DPP. Devido à facilidade e rapidez, a escala pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde e seu amplo uso pode ser uma alternativa eficaz para o diagnóstico precoce e tratamento da doença, com isso poderia minimizar possíveis prejuízos na relação mãe-bebê (Figueira et al., 2009).

- **Escala Bayley III de Desenvolvimento Infantil:**

As escalas Bayley foram publicadas originalmente em 1933, são consideradas escalas possuidoras de propriedades psicométricas para avaliar o desenvolvimento infantil e são padronizadas com referências normativas para crianças pequenas (Silva et al., 2011).

Desenvolvidas por Nancy Bayley e outros colaboradores, as Escalas de Desenvolvimento Infantil de Bayley representam o resultado de inúmeras pesquisas com mais de 40 anos de estudos com crianças pequenas, sendo um meio abrangente para avaliar o desenvolvimento de uma criança. As escalas são apresentadas em três versões: BSIDI publicada em 1969; BSIDII publicada em 1983 e a mais recente BSIDIII publicada em 2006 (Silva et al., 2011).

A Escala Bayley III utilizada neste estudo é reconhecida internacionalmente como padrão ouro para avaliação do desenvolvimento infantil, sendo capaz de analisar os diferentes aspectos do desenvolvimento tanto qualitativamente quanto quantitativamente (Viana, Andrade, & Lopes, 2014).

Este instrumento é considerado adequado para avaliar crianças de 1 a 42 meses de idade que apresentam ou não deficiências. Fornece resultados válidos e são capazes de avaliar cinco aspectos do desenvolvimento: cognitivo, motor, lingüístico, socioemocional, comportamento adaptativo (Rodrigues, 2012). Trata-se de um instrumento lúdico, flexível, de fácil aplicação, além disso, detecta atrasos no desenvolvimento infantil sendo fundamental para planejar ações e realizar intervenções, inclusive fornecer orientação aos pais quando há necessidade de intervenção (Bayley, 2006a).

O ambiente para aplicação da escala deve ser calmo, silencioso, ventilado, iluminado e com espaços para a criança andar, pular e subir escada (Moreira & Figueiredo, 2013). A

aplicação das escalas consiste em apresentar a criança alguns brinquedos envolvendo atividades que proporcionam a interação bebê-examinador, observação direta e dura em média 60 minutos (Rodrigues, 2012).

Dos cinco domínios subdivididos da atual versão da Escala Bayley, a Cognição, Linguagem (expressiva e receptiva) e Motor (fino e grosso) são observados através de testes com a criança. O Socioemocional e Comportamento Adaptativo são observados por meio de questionários preenchidos pelos pais ou cuidadores (Bayley, 2006b).

A Escala Cognitiva é composta por 91 itens e tem como objetivo identificar habilidades da criança em relação ao pensamento, às reações e como aprende sobre o mundo. A Escala de Linguagem é dividida em dois grupos: Comunicação Receptiva que possui 49 itens e indica como a criança reorganiza os sons, compreende as palavras e a Comunicação Expressiva composta por 48 itens avalia a comunicação da criança utilizando os sons, palavras e gestos. A Escala Motora está subdividida em: Motora Grossa composta por 72 itens que avalia como a criança movimenta seu corpo em relação à gravidade e a Motora Fina composta por 66 itens e determina como a criança utiliza suas mãos e dedos para fazer algo (Bayley, 2006b).

A Escala Socioemocional avalia a aquisição de habilidades sociais e emocionais de bebês e crianças pequenas e indica quais habilidades devem ser alcançadas em torno de cada faixa etária (Bayley, 2006). O Domínio Socioemocional é verificado através de questionário preenchido pelo cuidador principal da criança. Trata-se de uma adaptação da *Greenspan Social-Emotional Growth Chart: A Screening Questionnaire for Infants na Young Children* (Greenspan, 2004).

A Escala de Comportamento Adaptativo avalia as habilidades funcionais rotineiras da criança. Através da aplicação de questionário com o cuidador principal da criança que incluem comunicação, interesse em atividades fora de casa e em diferentes lugares, saúde e segurança, lazer, seguimento de regras, auto-cuidado, auto-direção como tomada de decisões, conhecimentos pré-acadêmicos, vida no ambiente domiciliar e convívio com outras pessoas, como por exemplo, boas maneiras e oferecimento de ajuda (Bayley, 2006a).

A Bayley III indica os pontos fortes, fracos e as competências do bebê ou da criança para o planejamento adequado de intervenção terapêutica e acompanhamento através de equipe interdisciplinar, além de permitir um maior envolvimento com os pais ao participarem da avaliação (Bayley, 2006b).

No Brasil a Escala Bayley é pouco usada eo instrumento ainda não foi validado. Porém o uso da Escala é possível e algumas pesquisas vêm utilizando a Bayley III para

avaliação de bebês (Pedroso, Dias, Magalhães, & Cruz, 2015; Góes, Meio, Mello, & Morsch, 2015; Fernandes et al., 2012). Isso acontece porque além de ser um teste caro há necessidade de treinamento intenso para profissionais que pretendem utilizar a Bayley III (Moreira & Figueiredo, 2013).

É importante avaliar o desenvolvimento da criança durante a primeira infância através de instrumentos internacionalmente padronizados e assim realizar comparações entre diversos países. Porém é importante que os instrumentos possuam propriedades psicométricas invariantes entre si (Reyes et al., 2010). A Bayley III é reconhecida internacionalmente e muito utilizada em pesquisas em diferentes países e seus resultados encontram-se publicados em importantes revistas (Steenis, Verhoeve, Hassen, & Van Baar, 2015).

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (No. 1.339.889) foi realizado contato com a Secretaria de Educação do Município de São Bernardo do Campo para realização da pesquisa juntamente às creches do Município e assinatura do Termo de Instituição Co-participante (Apêndice A) do Projeto de Pesquisa “Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida”, do qual este estudo é derivado. O primeiro contato foi realizado com as diretoras e coordenadoras das creches e posteriormente foram agendadas reuniões na qual foi apresentado o projeto de pesquisa. Nesse dia a creche que aceitou participar da pesquisa assinou o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Creche (Apêndice B) e foram agendadas as reuniões para outra apresentação da pesquisa, direcionada aos pais. As creches solicitaram que essa apresentação fosse realizada no mesmo dia da reunião de pais e professores, assim a demanda seria maior.

As pesquisadoras foram direcionadas às creches e apresentaram a pesquisa aos pais que, ao concordarem em participar da pesquisa assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais (Apêndice C). Realizou-se agendamento com os pais por telefone para que no dia e horário estabelecido fosse realizada a aplicação individual do questionário da Escala Bayley III e do Questionário Sociodemográfico, dentro da própria creche, no horário em que a criança permanecia na mesma. A coleta de dados dos bebês foi realizada na presença da mãe, pai e/ou responsável e a duração desse encontro foi aproximadamente 60 minutos.

A coleta de dados das mães foi realizada no mesmo dia da reunião de devolutiva com os pais, na própria creche em horário agendado. Nesta reunião foi oferecida aos pais presentes

uma palestra sobre desenvolvimento infantil. Essa palestra teve duração de aproximadamente uma hora e posteriormente foi cedida mais uma hora para que as dúvidas decorrentes pudessem ser esclarecidas. No final da reunião as mães presentes foram convidadas a preencherem a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

Estas reuniões agendadas ao final da pesquisa não alcançaram o objetivo final do nosso estudo que era encontrar com os todos os pais ou responsáveis das crianças que participaram deste estudo, ou pelo menos grande parte deles. A maioria dos pais não compareceu nesta reunião final e muitos deles não puderam receber nossa devolutiva. Em compensação a maioria das creches participantes foram parceiras do nosso projeto e mostraram-se desde o início comprometidas ao participarem de um estudo como este.

Em contrapartida, as creches que não puderam ou não quiseram participar deste estudo alegaram não ter espaço dentro da instituição para realizar a aplicação da Escala Bayley III com os bebês. Percebemos ainda que ao entrar em contato com algumas creches não fomos atendidas pela direção e/ou coordenação e ao deixar recado não tivemos nenhum retorno.

Estas foram algumas dificuldades encontradas no decorrer deste estudo o que mostra uma possível resistência frente à aplicação de instrumentos pouco conhecidos, como no caso da Escala Bayley III, pelos profissionais da área da educação.

4.5 Procedimentos para análise dos dados

A Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil não possui padronização para a população brasileira, porém para a realização deste estudo foi realizada a padronização da Escala para a amostra estudada. Esta padronização garante a homogeneidade na aplicação da escala e com relação ao material utilizado, ambiente, instruções de aplicação e treinamento para as psicólogas, tanto para aplicação como para correção do instrumento. Por ser um instrumento internacional, foi necessário apenas padronizar as instruções de aplicação, uma vez que não há tradução oficial da escala Bayley para o português, além do treinamento das avaliadoras que garantiram a uniformidade das aplicações (Ambiel, Rabelo, Pacanaro, Alves, & Leme, 2011).

Após a tradução da versão inglesa da Bayley III para o português por uma pesquisadora do projeto, realizou-se uma revisão composta por uma equipe interdisciplinar de profissionais da área da saúde do município para realização da análise semântica. Posteriormente, o material foi submetido a nova avaliação por profissionais da Universidade

Federal do Pará (UFPA) e da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) que também utilizam este instrumento e assim realizar a segunda e terceira análise semântica finalizando o processo de tradução.

Além disso, as psicólogas pesquisadoras deste projeto realizaram curso de capacitação para aplicação e correção da Escala e a padronização das condições de aplicação, passofundamental para garantir a qualidade da coleta dos dados. Os requisitos para a padronização da aplicação da Escala Bayley III foram fundamentais para assegurar uma coleta de dados de qualidade e confiança (Ambiel, et al., 2011).

Como a Escala Bayley III não possui padronização com amostra brasileira, essa uniformização é que confere esse processo garantindo igualdade na interpretação do teste, pois, julgou-se necessário, recorrer à realização desta amostra inicial, apesar de ser um número reduzido, o que garante resultado confiável (Ambiel, et al., 2011).

Esta questão é extremamente importante, pois, a Escala Bayley III foi normatizada a partir de amostra de crianças americanas, e a literatura, apesar de afirmar a fidedignidade e legalidade da Bayley III, é questionável em relação ao uso da padronização norte-americana em outras populações (Chinta et al., 2014; Godamunne et al., 2014., Hanlon et al., 2016; Krogh et al., 2012; Steenis et al., 2012; VanBaar et al., 2014; Walker et al., 2010; Yu et al., 2013). Além disso, é importante a realização de novas pesquisas para padronização da Escala Bayley III com amostra brasileira (Sameroff, 2010).

A Bayley III foi normatizada através da aplicação da estatística descritiva sobre a pontuação bruta, o que possibilita o resultado do sujeito comparar os dados obtidos. Além disso, foi aplicado na amostra normativa o cálculo de percentil, sendo possível a interpretação e correlação dos resultados do indivíduo em diferentes testes e apontou a posição do indivíduo na amostra normativa (Ambiel, et al., 2011). Considerou-se o critério estatístico de um desvio-padrão (DP), medida que informa o grau de alterabilidade dos valores de uma classificação em torno da média. Também foi necessário utilizar a distribuição normal da amostra, que possibilita comparar valores tanto de diferentes amostras quanto de uma mesma amostra (Dancey & Reidy, 2006).

Desta forma, adquiriram-se pontos de corte que indicam a população que apresenta resultados na média, abaixo ou acima desta, os pontos de corte abaixo e acima da média foram calculados por faixa etária, a partir da pontuação bruta alcançada em cada área avaliada pela Bayley III: Cognitivo, Linguagem. Motor, Socioemocional e Comportamento Adaptativo. Utilizou-se o cálculo percentil em 15% para definir o ponto de corte inferior e 85% para definir o ponto de corte superior. Assim, os resultados abaixo do ponto de corte

encontrado apresentam desempenho inferior à média esperada para a faixa etária, os que estão acima do ponto de corte o desempenho é superior e aqueles que estão entre esses pontos de corte estão na média (Ambiel, et al, 2011).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo foi aplicada e corrigida pela pesquisadora deste estudo e após a caracterização da amostra os dados foram analisados por meio da Statistical Package for the Social Sciences – SPSS.

5 Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo serão apresentados, inicialmente, através da caracterização da amostra investigada e a caracterização da gravidez, parto e puerpério. Posteriormente, os achados sobre depressão pós-parto serão correlacionados com escolaridade da mãe, renda familiar e ajuda para os cuidados do bebê. Por fim, os indicativos de depressão pós-parto da mãe serão correlacionados como o desenvolvimento cognitivo, socioemocional, linguagem receptiva, linguagem expressiva, motor fino, motor grosso e comportamento adaptativo dos bebês e crianças. Cada resultado está acompanhado de uma discussão com os autores relevantes sobre o tema.

5.1 Caracterização sociodemográfica das mães

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica das mães

Dados sociodemográficos das mães		
Idade	De 18 até 30	44
	De 30 a 48	56
Grau de Escolaridade	Fundamental Incompleto	02
	Fundamental Completo	16
	Médio Completo	55
	Superior Completo	18
	Pós-Graduação	09
Renda Familiar	Até um salário mínimo	09
	Até 3 salários mínimos	75
	De 3 a 5 salários mínimos	16
Estado Civil	Solteira	13
	Casada/Amasiada	82
	Separada/Divorciada	05

A Tabela 1 acima representa a distribuição da amostra de 100 mães participantes deste estudo em relação à idade, grau de escolaridade, renda familiar e estado civil. Observou-se que as mães tinham idades entre 18 e 48 anos, o nível de escolaridade predominante foi

ensino médio completo (n=55), a renda familiar era de até 3 salários mínimos (n=75) e a maioria eram casadas ou amasiadas (n=82).

A partir destas informações, realizou-se a análise dos dados por meio das correlações entre os indicadores de depressão da mãe e as seguintes variáveis: grau de escolaridade e renda familiar como mostra a Tabela 2.

Tabela 2

Comparação entre indicadores de depressão pós-parto e escolaridade da mãe

		Tabulação cruzada					
		Contagem					
		Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Completo	Superior Completo	Pós-graduação	Total
Não depressão	Total	0	10	41	14	4	69
	%	0,0%	10,0%	41,0%	14,0%	4,0%	69%
Depressão da mãe Com depressão	Total	2	6	14	4	5	31
	Total	2,0%	6,0%	14,0%	4,0%	5,0%	31%
		Teste de qui-quadrado					
		Valor	Df	Sig. Assint (2 lados)			
Qui-quadrado de Pearson		8,744 ^a	4	0,068			
Razão de verossimilhança		8,815	4	0,066			
Linear-by-Linear Association		0,057	1	0,812			
N de Casos Válidos		100					

Nota: ^a. 4 células (40,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 0,62.

A Tabela 2 acima representa a comparação realizada entre os indicadores de DPP e grau de escolaridade das mães. Para analisar a correlação entre a depressão da mãe e o grau de escolaridade realizou-se o Teste Qui-quadrado e os resultados mostraram que não há influência do grau de escolaridade na depressão da mãe ($p=0,068$).

Apesar disso, é importante considerar o número significativo de mães que apresentaram indicadores de DPP. Das 100 mulheres estudadas, 31 apresentaram indícios de DPP. Este fato corrobora vários estudos que indicam nível baixo de escolaridade como de fator de risco para DPP, ou seja, as mães com grau de escolaridade mais elevado podem ter maiores conhecimentos em relação às doenças, tanto nelas quanto dos seus bebês (Greinert &

Milani, 2015; Silva & Botti, 2005; Moraes et al., 2006; Santos & Serralha, 2015).

Em seguida realizou-se, também, o Teste Qui-Quadrado para correlacionar a depressão da mãe com a renda familiar. Novamente os resultados mostraram não haver influência da renda familiar com a depressão da mãe ($p= 0,240$). (Tabela 3). Apesar desta pesquisa não apontar influência significativa, é importante considerar que das 31 mães com indicativos de DPP, 21 delas disseram que a renda familiar era de até 3 salários mínimos, ou seja, esses dados vão ao encontro de estudos que avaliaram a prevalência e fatores associados à DPP, como, por exemplo a baixa condição econômica (Moraes et al., 2006; Santos & Serralha, 2015; Gomes et al., 2010; Morais, Fonseca, Viegas & Otta, 2015; Greinert & Milani, 2015).

Tabela 3

Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e renda familiar

Tabulação cruzada						
Contagem						
			Renda até 1 salário mínimo	Renda até 3 salários mínimos	Acima de 3 salários mínimos	Total
Depressão da mãe	Não depressão	Total %	4 4,0%	54 54,0%	11 11,0%	69 69%
	Com depressão	Total %	5 5,0%	21 21,0%	5 5,0%	31 31%
Teste de qui-quadrado						
		Valor	Df	Sig. Assint (2 lados)		
	Qui-quadrado de Pearson	2,853 ^a	2	0,240		
	Razão de verossimilhança	2,637	2	0,268		
	Linear-by-Linear Association	0,889	1	0,346		
	N de Casos Válidos	100				

Nota: ^a 2 células (33,3%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 2,79.

Sabe-se que a baixa renda familiar pode afetar o estado emocional da mãe, pois além da preocupação com os novos gastos com a chegada do bebê elas podem sentir a condição econômica restrita, pois em alguns casos apenas o marido consegue trabalhar (Greinert &

Milani, 2015). Este dado revela que dentre as diversas dificuldades enfrentadas pela mulher durante este período, a situação financeira gera muita preocupação, ansiedade e medo de não dar conta dos gastos que surgirão advindos da maternidade e com isso, a baixa renda familiar pode deixá-las mais vulneráveis para o desenvolvimento da depressão pós-parto (Greinert & Milani, 2015).

5.2 Caracterização da gravidez, parto e puerpério

Tabela 4

Caracterização da gravidez, parto e puerpério

Gravidez, parto e puerpério		
Como foi a gravidez	Saudável	76
	Complicada	08
	Risco	16
Intercorrências na gravidez	Sim	27
	Não	73
Primeira Gravidez	Sim	47
	Não	52
	Não respondeu	01
Teve ajuda para cuidar do bebê	Sim	77
	Não	23

A Tabela 4 caracteriza o período da gravidez, parto e puerpério. Das 100 mães avaliadas, 76 disseram ter tido uma gravidez saudável, 27 mães tiveram alguma intercorrência, 52 já tinham filhos e 77 mães receberam apoio para cuidar do bebê. Este estudo apontou um elevado número de mães que tiveram imprevistos durante a gravidez ou no momento do parto o que corrobora com os estudos de uma revisão sucinta que relata os aspectos emocionais mais observados durante a gravidez, parto, puerpério e em situações de intercorrências gestacionais (Sarmiento & Setúbal, 2003). Apesar do avanço científico da área obstétrica, ainda é grande o número de mães que se deparam com situações emergenciais que podem ameaçar ou interferir no desenvolvimento sadio do ciclo gravídico-puerperal e sofrer

conseqüências a curto, médio ou longo prazo (Sarmiento & Setúbal, 2003).

Ressalta-se a limitação do Sistema Público de Saúde principalmente ao acesso de consultas com médicos ginecologistas, quando não há cobertura pelas Equipes de Saúde da Família ou quando elas não atuam efetivamente na atenção à mulher (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015). Vale lembrar que as consultas médicas baseadas nas habilidades técnicas não são suficientes, pois, elas necessitam fundamentalmente de um olhar psicológico que excedam o período gravídico-puerperal (Sarmiento & Setúbal, 2003).

Além disso, os profissionais de saúde muitas vezes não tratam o ciclo gravídico-puerperal de forma integrada, pois é rara a mulher que consegue ser atendida em todo o período do pré-natal em uma mesma instituição e ainda que dentro deste processo seja incluído o contexto sociocultural e familiar (Andrade, Santos, Maia, & Mello, 2015).

Outro aspecto que deve ser apontado diz respeito ao planejamento familiar, tanto para a futura mamãe quanto para o seu bebê. A orientação e o fornecimento do serviço de saúde podem prevenir futuros imprevistos para a vida do casal e toda a família. Quando a mulher e o parceiro conseguem planejar a gravidez, a tendência é que a relação conjugal seja mais harmônica e a disponibilidade e os cuidados com a criança tendem a ser saudáveis, visto que um ambiente familiar saudável favorece para um pleno crescimento e desenvolvimento infantil (Andrade et al., 2015).

Desta forma, é necessário destacar que os profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família deveriam fornecer a orientação básica no cuidado ao binômio mãe-filho, que de acordo com seus princípios e através das visitas domiciliares, como um forte instrumento de trabalho, poderiam promover a saúde da mulher e do seu bebê em seu ambiente natural e familiar (Andrade et al., 2015).

Tabela 5

Comparação entre indicativos de depressão pós-parto e ajuda para cuidar do bebê

Tabulação cruzada						
		Contagem				
		Teve ajuda para cuidar do bebê	Não teve ajuda para cuidar do bebê	Total		
Depressão da mãe	Não depressão	Total 55 55,0%	14 14,0%	69 69%		
	Com depressão	Total 22 77%	9 23,0%	31 31%		
Teste de qui-quadrado						
		Valor	Df	AsymptoticSignif icance (2-sided)	ExactSig. (2- sided)	ExactSig. (1- sided)
Qui-quadrado de Pearson		0,923 ^a	1	0,337		
ContinuityCorrection ^b		0,495	1	0,482		
LikelihoodRatio		0,898	1	0,343		
Fisher'sExact Test					0,441	0,238
Linear-by-Linear Association		0,914	1	0,339		
N de Casos Válidos		100				

Nota: ^a. 0 cells (0,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 7,13.

^b. Computed only for a 2x2 table

Na Tabela 5 foram realizadas correlações entre a depressão da mãe e se elas tiveram ajuda para cuidar do bebê. Os resultados não mostraram significância entre a depressão da mãe e a ajuda para cuidar do filho ($p=0,238$).

Das 100 mães que foram estudadas, a maioria, 77 mães contaram que tiveram ajuda para cuidar do bebê. A ajuda para cuidar do bebê é um fator de proteção e a literatura reforça a importância do suporte emocional oferecido à gestante ou à mãe que acabou de ter o seu bebê. Se for oferecido pela família ou por amigos através de afeto, companhia, assistência e informação, ela poderá se sentir protegida, amada e segura, pois, através dessa intervenção precoce é possível que ela não desenvolva a depressão pós-parto (Konradt et al., 2011). Estas observações são concordantes com os estudos de Fonseca, Silva e Otta (2010), pois afirmam

que o apoio emocional e social sentido pela mãe funcionam como um fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Apesar de a maioria das mães terem recebido ajuda nos cuidados com o bebê, 31 participantes apresentaram indicativos de DPP, ou seja, um número relativamente alto que confirma os resultados de estudos já mencionados anteriormente (Moraes, Lucci & Otta, 2013; Moraes et al., 2006).

5.3 Indicativos de Depressão Pós-Parto

Tabela 6

Indicativos de depressão pós-parto

Indicativos de depressão pós-parto		
Até 11 pontos	69	69%
12 ou mais pontos	31	31%

A Tabela 6 caracteriza o número de mães com indicativos de DPP. Das 100 mães estudadas, 31 delas apresentaram indicativos de depressão pós-parto, o que vai ao encontro de outras pesquisas com esta mesma temática, e, reforça seu significado como um grande problema de saúde pública que exige estratégias de prevenção e tratamento (Moraes et al., 2006; Campos & Rodrigues, 2015; Flores, Souza, Moraes, & Beltrami, 2011; Schimidt et al., 2005; Brum & Schermann, 2006; Fernandes & Cotrin, 2013).

Não se pode afirmar que a depressão pós-parto só apareça em mulheres que estejam vivenciando problemas conjugais, crises financeiras ou até mesmo que a gravidez não tenha sido planejada. Estas questões podem contribuir para o surgimento da depressão pós-parto, porém não é uma regra (Greinert & Milani, 2015).

É importante considerar que são muitas as variáveis que podem influir sobre o comportamento da puérpera e posteriormente manifestar alguma patologia: sentimento de fracasso e incapacidade para ser uma boa mãe, dificuldade para dar conta da vida familiar e principalmente voltar ao trabalho, cansaço excessivo, sono profundo, entre outras (Greinert & Milani, 2015).

Por estas e outras dificuldades é que a depressão pode aparecer em qualquer fase da vida, até mesmo em momentos de felicidade. Para algumas mulheres ela pode surgir no

período do pós-parto, pois os eventos naturais desse processo juntamente a algum tipo de vulnerabilidade psicológica da mulher, a deixam mais fragilizada. Além disso, no decorrer deste período, às reações inesperadas e a compreensão dos fatos não será exclusivo da mulher, mas principalmente da família que é parte deste fenômeno, visto que será que o limiar entre a saúde e a doença (Silva & Botti, 2005).

Vale lembrar que os índices da depressão pós-parto devem ser considerados levando em conta a cultura, etnia e fatores socioeconômicos de uma determinada população, além dos fatores de risco como a genética ou histórico de doença psiquiátrica anterior (Campos & Rodrigues, 2015).

Um estudo apontou um dos fatores mais prováveis para as causas da depressão pós-parto: a idealização da maternidade como um momento de plena felicidade e perfeição (Greinert & Milani 2015). A mãe ao se deparar com a chegada do recém-nascido se esquece das diversas dificuldades que poderá enfrentar como dificuldades na amamentação, cólicas, noites mal dormidas, desconfortos do pós-parto e com isso pode sentir-se frustrada e não compreender o motivo de sua tristeza.

Além disso, durante esse período a mãe precisa abrir mão da sua vida profissional. A gestação e a maternidade exigem dela um novo ritmo de vida, pois agora ela precisa ser a responsável pelos cuidados do seu bebê e os cuidados pessoais acabam ficando em segundo plano, pois muitas vezes ela não consegue fazer coisas que antes fazia e este é um fator que gera na maioria das vezes sentimentos de tristeza na mulher (Greinert & Milani, 2015). Enquadrar-se nesses novos padrões pode levar a mulher a situações de crise, pois dessa forma a mãe se vê obrigada a reprimir seus desejos por medo de ser julgada.

Diante desta crise, a mãe deprimida normalmente não consegue cuidar satisfatoriamente do seu bebê. Se a depressão se estender por vários meses, a qualidade da relação pode influenciar ou prejudicar de forma significativa o desenvolvimento emocional do bebê, pois a interação mãe-bebê e a qualidade da maternagem são fatores contribuintes para o padrão de desenvolvimento fisiológico e psicológico do indivíduo (Motta, Lucion & Manfro, 2005).

5.4 Áreas do desenvolvimento infantil - Escala Bayley III

A Tabela 7 caracteriza a amostra das 100 crianças avaliadas neste estudo. Eram 51 do sexo feminino e 49 do sexo masculino. O desenvolvimento infantil foi avaliado pela Escala

Bayley III nas áreas: cognitiva, linguagem expressiva e receptiva, motor fino e grosso, sócioemocional e comportamento adaptativo. Os resultados mostraram que havia atrasos/vulnerabilidades nas seguintes áreas: cognitiva dez (10%); linguagem receptiva nove (9,0%); linguagem expressiva treze (13,0%); motor fino quatro (4,0%); motor grosso oito (8,0%); sócioemocionaldoze (12,0%) e comportamento adaptativo sete (7,0%). (Tabela 7).

A linguagem expressiva foi a área que mais apresentou vulnerabilidades, seguida pelo comportamento socioemocional. A área com menor índice de vulnerabilidades foi o motor fino.

Sabe-se que a linguagem é um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento e aprendizagem e sua aquisição depende de um bom desenvolvimento das estruturas cerebrais, de um parto sem intercorrências e de uma adequada interação social (Mousinho et al., 2008). Se houver falhas na aquisição da linguagem, a criança poderá ter dificuldades para o amadurecimento lingüístico e não conseguir experimentar a linguagem necessária para alcançar a leitura e a escrita. Além disso, ter dificuldades para se inserir no meio social e assumir sua identidade, além dos problemas cognitivos que podem aparecer (Mousinho et al., 2008).

Em relação ao comportamento sociemocional das crianças, é notório que esta área representa uma preocupação em relação às habilidades que as crianças precisam desenvolver e assim conseguir lidar com as diversas demandas interpessoais (Cia & Barham, 2009). Deve-se ressaltar que as crianças com aspectos interpessoais positivos têm maiores chances de um desenvolvimento saudável. Quando estas características são ausentes ou insuficientes, a criança pode apresentar dificuldades na aprendizagem e na interação social (Cia & Barham, 2009).

Em contrapartida, a área que menos apresentou atrasos ou vulnerabilidades das crianças foi a “motor fino”. Este resultado pode justificar as mudanças nas relações humanas a partir do avanço tecnológico. Estas transformações não ocorreram apenas com os adultos e têm ocorrido cada vez mais na infância. Observa-se cada vez mais a diminuição do contato das crianças com as brincadeiras tradicionais, com os jogos, brincadeiras de rua e um aumento em relação aos aparelhos tecnológicos, como por exemplo, televisores, tablets, videogames e celulares (Chaves, 2014).

Sabemos da importância da tecnologia em nossas vidas, mas as crianças estão perdendo a capacidade de interagir uma com as outras e isso têm afetado o modo de brincar, pois, cada vez mais elas estão perdendo a capacidade de sociabilização (Chaves, 2014).

Além disso, estes resultados sugerem a necessidade de intervenção precoce para ajudar

e tentar corrigir os problemas de comportamento das crianças e ajudá-las a melhorar suas habilidades sociais. Não podemos nos esquecer de incluir investimentos com os pais e professores, pois é no contexto familiar e escolar que a criança vai construindo seu modo de pensar, agir e tomar decisões.

Tabela 7

Áreas do desenvolvimento infantil - Escala Bayley III

Áreas do desenvolvimento infantil - Escala Bayley III				
	Superior	Média	Inferior	Porcentagem em relação à pontuação inferior
Cognitivo	22	68	10	10,0%
Linguagem Receptiva	25	66	09	9,0%
Linguagem Expressiva	26	61	13	13,0%
Motor Fino	35	61	04	4,0%
Motor Grosso	21	71	08	8,0%
Sócioemocional	39	49	12	12,0%
Comportamento Adaptativo	03	90	07	7,0%

Posteriormente foram realizadas comparações entre os indicativos de depressão pós-parto e atrasos no desenvolvimento do bebê (Tabela 8).

Tabela 8

Comparação entre os indicativos de depressão pós-parto e atrasos no desenvolvimento do bebê

Tabulação cruzada					
Contagem					
		Total de mães	Atraso desenvolvimento bebê		
			Sem atraso	Com atraso	
Depressão da mãe	Ausente	69	46	23	
	Presente	31	18	13	
Total de mães		100			
Total de crianças			64	36	
Teste de qui-quadrado					
	Valor	Df	AsymptoticSignif icance (2-sided)	ExactSig. (2- sided)	ExactSig. (1- sided)
Qui-quadrado de Pearson	0,687 ^a	1	0,407		
ContinuityCorrection ^b	0,364	1	0,546		
LikelihoodRatio	0,680	1	0,410		
Fisher'sExact Test				0,500	0,272
Linear-by-Linear Association	0,680	1	0,410		
N de CasosVálidos		100			

Nota: ^a. 0 cells (0,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 11,16.

^b. Computed only for a 2x2 table

A Tabela 8 apresenta as correlações entre os indicativos de depressão pós-parto e atrasos no desenvolvimento do bebê. Na correlação aplicou-se o Teste Qui-Quadrado e o resultado ($p=0,272$) mostrou que não há relação significativa entre a depressão da mãe e o atraso no desenvolvimento dos seus filhos.

Embora os estudos afirmem que a depressão pós-parto pode causar prejuízo para o pleno desenvolvimento do bebê, esta pesquisa não confirmou a literatura a respeito desta temática (Flores et al., 2011; Schimidt et al., 2005; Brum & Schermann, 2006; Campos & Rodrigues, 2015; Mendes, 2008; Motta et al., 2005; Fernandes & Cotrin, 2013).

Observou-se neste estudo que das 100 crianças avaliadas, 36 apresentaram atrasos no desenvolvimento. Porém, 13 dessas crianças têm suas mães com indicativos de depressão pós-parto. As outras 23 crianças com atrasos são filhos de mães que não apresentaram indicativos

de depressão pós-parto.

Um estudo realizado no Hospital Universitário da USP acompanhou mulheres e seus bebês e investigou a influência da DPP no desenvolvimento infantil. Nas comparações realizadas com os bebês filhos de mães não deprimidas com os filhos de mães com indícios de depressão, observou-se poucas diferenças entre os comportamentos das crianças sendo provável que haja fatores de proteção para eventuais consequências que a depressão da mãe pode gerar sobre o desenvolvimento do seu filho. Além disso, o estudo apontou melhor desempenho na área da linguagem e no comportamento motor dos bebês cuja as mães apresentaram indicativos de depressão pós-parto (Moraes, Lucci, & Otta, 2013).

Apesar dos resultados apontarem um número elevado de crianças com atrasos ou vulnerabilidades em uma ou mais áreas do desenvolvimento, outros fatores podem estar relacionados ou que influem no desenvolvimento, e não apenas a saúde mental da mãe e a qualidade da maternagem como contribuintes para o padrão de desenvolvimento do indivíduo (Motta, Lucion, & Manfro, 2005).

O número elevado de bebês com algum tipo de atraso no seu desenvolvimento reforça a preocupação do Ministério da Saúde que afirma ser fundamental um acompanhamento da criança desde o seu nascimento, o que objetiva sua promoção, proteção e pode detectar precocemente possíveis alterações que possam repercutir de forma negativa na sua vida futura (Brasil, 2012). Além disso, observar se a criança está atravessando cada estágio do seu desenvolvimento numa sequência regular, pois, se a criança não conseguir atravessar esses períodos satisfatoriamente e não for estimulada ou motivada no devido momento, ela poderá não superar tal atraso e não conseguir avançar os demais estágios (Brasil, 2012).

A falha persistente da estimulação dos bebês nos primeiros anos de vida pode contribuir para o não desenvolvimento das conexões neuronais, pois, há evidências que a negligência, abuso físico e/ou psicológico podem alterar o padrão de apego e causar distúrbios mentais mais graves (Motta, Lucion, & Manfro, 2005).

Essas falhas, tanto da mãe quanto do cuidador responsável podem ocorrer sem a intenção de prejudicar o bebê, como é o caso das mães com depressão pós-parto (Motta, Lucion, & Manfro, 2005). É possível que o bebê consiga se relacionar com outra pessoa que cuida dele quando sua mãe está doente, pois é nessas primeiras relações de cuidados que o bebê cria um vínculo forte e isso pode ocorrer não necessariamente com ela, mas com alguém que realize uma boa função maternal (Oliveira, Flores, & Souza, 2012).

Além disso, parece haver um impacto menor da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil quando outros fatores de risco não estão relacionados, como por

exemplo, pouco ou nenhum apoio familiar, presença de violência familiar, entre outros (Motta, Lucion, & Manfro, 2005). Os fatores de risco que poderiam influir no desenvolvimento dos bebês não foram reconhecidos nesta pesquisa.

Por último foram realizadas correlações entre os atrasos no desenvolvimento dos bebês e o grau de escolaridade das mães (Tabela 9), renda familiar (Tabela 10) e se a mãe teve ajuda para cuidar do seu filho (Tabela 11).

Tabela 9

Comparação entre os indicadores de atraso no desenvolvimento do bebê e grau de escolaridade da mãe

Tabulação cruzada								
		Contagem						
		Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Completo	Superior Completo	Pós-graduação	Total	
Atraso do bebê	Com	Total	0	8	20	5	3	36
		%	0,0%	8,0%	20,0%	5,0%	3,0%	36,0%
	Sem	Total	2	8	35	13	6	64
		%	2,0%	8,0%	35,0%	13,0%	6,0%	64,0%
Teste de qui-quadrado								
		Valor	Df	Sig. Assint (2 lados)				
Qui-quadrado de Pearson		3,045 ^a	4	,550				
Razão de verossimilhança		3,672	4	,452				
Linear-by-Linear Association		,434	1	,510				
N de Casos Válidos		100						

Nota: ^a. 3 células (30,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de ,72.

Na correlação entre os atrasos do desenvolvimento infantil e o grau de escolaridade das mães, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado e os resultados mostraram não haver relação significativa ($p=0,550$).

Este resultado vai ao encontro de um estudo realizado em São Paulo que avaliou 462 mulheres no pós-parto (Morais et al., 2015). Dentre as variáveis aplicadas, o nível de

escolaridade da mãe produziu efeito significativo em relação à DPP, ou seja, observou-se que quanto mais baixo a escolaridade da mãe maior a prevalência de depressão pós-parto (Morais et al., 2015).

Tabela 10

Comparação entre os indicadores de atraso no desenvolvimento do bebê e renda familiar

Tabulação cruzada						
Contagem						
		Renda até 1 salário mínimo	Renda até 3 salários mínimos	Acima de 3 salários mínimos	Total	
Atraso do bebê	Com	Total	6	28	2	36
	atraso	%	6,0%	28,0%	2,0%	36,0%
	Sem	Total	3	47	14	64
	atraso	%	3,0%	47,0%	14,0%	64,0%
Teste de qui-quadrado						
		Valor	Df	Sig. Assint (2 lados)		
Qui-quadrado de Pearson		7,567 ^a	2	,023		
Razão de verossimilhança		8,064	2	,018		
Linear-by-Linear Association		7,453	1	,006		
N de Casos Válidos		100				

Nota: 1 célula (16,7,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 3,24

Em relação aos atrasos no desenvolvimento dos bebês e a renda familiar, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado que apresentou resultado significativo ($p=0,023$). Observou-se com isso que a renda familiar correlaciona-se com o desenvolvimento dos bebês (Tabela 10).

Nesta pesquisa o único fator de risco que pode ter contribuído para o elevado número de crianças com atrasos no desenvolvimento foi a renda familiar. Este fator pode ser descrito como, por exemplo, o ambiente que a criança vive e a partir disso diminuir as chances dela ter senso de bem-estar, o que aumenta a probabilidade de resultados indesejáveis (Silva, Nunes, Betti, & Rios, 2008).

Este aspecto pode ter produzido influência negativa no desenvolvimento integral das crianças, além de comprometer a saúde geral pode causar danos futuros, inclusive em relação ao desenvolvimento e aquisição da linguagem, hiperatividade e outros transtornos psicológicos (Oliveira et al., 2012).

A baixa renda familiar representa um dos fatores mais preocupantes para o desenvolvimento saudável das crianças, pois muitas vezes limitam-se as crianças e suas famílias na obtenção de bens e serviços de qualidade como: saneamento básico, moradia, alimentação adequada, lazer e outros elementos que são fundamentais para o pleno crescimento e desenvolvimento (Oliveira et al., 2012).

Pode-se hipotetizar, que as crianças cujas famílias não têm condições financeiras satisfatórias e que passam por situações de estresse elevado em razão das condições desfavoráveis em que vivem, podem, além do atraso no desenvolvimento, ter a saúde comprometida e apresentar prejuízos futuros (Oliveira et al., 2012).

Tabela 11

Comparação entre os indicativos de atraso no desenvolvimento do bebê e se a mãe recebeu ajuda para cuidar do bebê

Tabulação Cruzada					
Contagem					
Atraso do bebê	Com atraso	Total	Não teve ajuda para cuidar do bebê	Teve ajuda para cuidar do bebê	Total
			9	27	
		%	9,0%	27,0%	36,0%
	Sem atraso	Total	14	50	64
		%			
		Total	14,0%	50,0%	64,0%
Teste de qui-quadrado					
	Valor	Df	AsymptoticSignificance (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
Qui-quadrado de Pearson	,127 ^a	1	,722		
ContinuityCorrection ^b	,012	1	,913		
LikelihoodRatio	,126	1	,723		
Fisher'sExact Test				,806	,452
Linear-by-Linear Association	,126	1	,723		
N de Casos Válidos	100				

Nota: ^a. 0 cells (0,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é de 8,28.

^b. Computed only for a 2x2 table

Para finalizar aplicou-se o Teste Exato de Fisher para correlacionar o atraso no desenvolvimento nos bebês com a ajuda que a mãe teve para cuidar do mesmo (Tabela 11). Os resultados do teste mostraram que não há relação significativa entre os atrasos no desenvolvimento dos bebês e ajuda que a mãe teve para cuidar do seu filho ($p=0,452$).

Apesar de muitas mães apresentarem indicativos de depressão pós-parto, elas podem ter contado com uma rede de apoio que as ajudaram principalmente com os cuidados básicos relacionados à sobrevivência como, por exemplo, alimentação, higiene e saúde.

Se durante este período a mãe teve ajuda de algum familiar ou do companheiro, tanto ela quanto o bebê podem ter conseguido minimamente realizar os primeiros cuidados que são fundamentais para as diversas experiências que o bebê, desde o início da vida vai adquirindo

(Campos & Rodrigues, 2015).

O achado em relação à ajuda que a mãe teve para cuidar do seu bebê é um fator de proteção em relação à depressão pós-parto e confirma os dados de diversos estudos realizados (Morais et al., 2015; Andrade et al., 2015; Campos & Rodrigues, 2015).

6 Considerações finais

Sabe-se que o puerpério é um momento de fragilidade na vida da mulher e requer cuidados específicos, demandando dos profissionais de saúde um comprometimento sério e especializado na avaliação e no cuidado à mãe, bebê e sua família.

Neste período delicado e de grande instabilidade, algumas doenças podem surgir, comprometer a saúde da mulher e posteriormente interferir no desenvolvimento do seu bebê. Se as ações de saúde forem capazes de atender as necessidades da mulher, já no início da gravidez, ela, o bebê e a família podem, através deste acompanhamento, ter confiança e bem-estar físico e emocional. Além disso, a futura mamãe pode ser orientada e incentivada a cuidar do seu bebê, já que sua presença é de extrema importância para a criança tal como uma boa relação familiar.

Este estudo investigou possíveis prejuízos que a depressão pós-parto pode causar no desenvolvimento de 100 bebês em que 31% das mães apresentavam indícios deste transtorno. Considerando que a depressão pós-parto é uma doença que atinge um número relativamente alto nas mulheres, os resultados encontrados, mesmo com amostra reduzida, evidenciaram este fato. Além disso, nos mostra que, apesar dos dados preocupantes, é notória a falta de assistência no puerpério com o objetivo de promover saúde e melhorar a qualidade de vida.

Em primeiro lugar isto ocorre porque na maioria das vezes a própria puérpera, o companheiro e ou os familiares negligenciam os primeiros sintomas e acreditam que o cansaço e a nova rotina com a chegada do bebê sejam naturais e ela precisa enfrentar tal situação. Além disso, existe a falta de preparo dos especialistas e da equipe de saúde que acompanham mãe e filho e que não são capazes de identificar e indicar tratamento especializado.

Se a mãe é a pessoa mais indicada para cuidar do seu bebê, porque é tão difícil oferecer apoio necessário para que ela consiga dar conta desta tarefa árdua? A saúde mental da mãe é fundamental nas primeiras relações com seu bebê e qualquer imprevisto, dificuldade ou incapacidade de realizar tal função pode prejudicar a saúde do bebê e causar prejuízos futuros. É fundamental reconhecer a depressão pós-parto como uma doença preocupante e que deve ser avaliada por diversos profissionais de saúde e iniciar tratamento adequado.

Além da investigação da depressão pós-parto, este estudo aprofundou quais fatores poderiam estar relacionados com o surgimento da doença, e, para uma melhor compreensão

do estudo, verificou-se ainda se depressão pós-parto pode causar atrasos no desenvolvimento infantil.

Apesar dos resultados não apresentarem correlação significativa entre a depressão pós-parto e atraso no desenvolvimento infantil, esta pesquisa analisou outras possíveis variáveis que poderiam estar relacionadas com o alto índice de mulheres adoecidas. Os fatores de risco descritos na literatura que poderiam influir na depressão pós-parto foram encontrados neste estudo: nível de escolaridade da mãe, renda familiar e ajuda para cuidar do bebê.

Acredita-se que, apesar de muitas mães apresentarem indicativos de depressão pós-parto, elas podem ter contado com uma rede de apoio e assim conseguem realizar os cuidados básicos. Os fatores de proteção: boa escolaridade da mãe e ajuda para cuidar do bebê foram encontrados neste estudo.

A análise dos dados mostrou que, entre os fatores investigados: depressão pós-parto, desenvolvimento infantil, escolaridade, renda familiar, relacionamento familiar e apoio no pós-parto, somente a variável renda familiar apresentou correlação significativa com prejuízo no desenvolvimento infantil. Este dado corrobora a literatura sobre a influência da baixa renda familiar e seu impacto no atraso do desenvolvimento infantil.

Fica evidente que a baixa renda é um fator de risco para o pleno desenvolvimento infantil. O nível de renda favorece a aquisição de bens e serviços, como moradia adequada, alimentação balanceada, saneamento básico, educação, lazer, entre outros.

Observou-se neste estudo que os transtornos mentais e as vulnerabilidades são comuns durante a infância, porém, a atenção dada a esta população e a falta de preparo dos profissionais é bastante insuficiente, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto no que se refere ao tratamento, pois não há profissionais suficientes para atender a esta demanda.

Acresce ao acima exposto que as crianças que frequentam as creches de um município do ABC Paulista, apesar de serem bem assistidas e contarem com diversos recursos, como alimentação e cuidados básicos de saúde, o desenvolvimento destes bebês está comprometido, pois, 36% deles apresentam atrasos ou vulnerabilidades. Este achado importante instiga a realização de novas pesquisas com o objetivo de criar programas de avaliação e estimulação para que em período inicial estes atrasos possam ser sanados.

Apesar de não encontrar correlação significativa da depressão pós-parto com as variáveis descritas acima, a emergência dos altos índices de depressão pós-parto e atrasos ou vulnerabilidades no desenvolvimento infantil como problema de saúde pública reforça a importância de mais pesquisas com rigor científico que favoreçam a detecção precoce da depressão pós-parto e dos atrasos no desenvolvimento dos bebês, prejuízos que afetam as

mães e seus bebês.

Cabe considerar no presente estudo que novas pesquisas devem ser realizadas com uma amostra maior para corroborar ou não os resultados obtidos, embora a amostra de 100 bebês seja significativa para tratamento estatístico.

A necessidade de treinamento dos profissionais de educação e saúde precisa ser levada a diante, assim como a inserção de instrumentos específicos, capazes de detectar, ainda na primeira infância os transtornos mentais e ou vulnerabilidades das crianças e a partir disso construir projetos capazes de atender os problemas no desenvolvimento das crianças.

Referências

- Aguiar, D. T., Silveira, L. C. & Dourado, S. M. N. (2011) A mãe em sofrimento psíquico: Objeto da ciência ou sujeito da clínica. *Escola Anna Nery*, 15(3), 622-628. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a26v15n3.pdf>
- Ambiel, R. A. M., Rabelo, I. S. A., Pacanaro, S. V., Alves, G. A. S., Leme, I. F. A. S. (2011). *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia*. São Paulo: Casa o Psicólogo.
- Amorim, R. C. A., Laurentino, G. E. C., Barros, K. M. F. T., Ferreira, A. L. P. R., Moura Filho, A. G. & Raposo, M. C. F. (2009). Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13(6), 506-513. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n6/aop063_09.pdf
- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 43-54. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003
- Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C. & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery*, 19(1): 181-186. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0018.pdf
- Barreto, M., S. & Mathias, T. A. F. (2013) Cuidado à gestante na atenção básica: Relato de atividades em estágio curricular. *Rev Rene (Fortaleza)*, 14 (3), 639-48. Recuperado de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1398/pdf>
- Bayley, N. (2006a). *Bayley scales of infant and toddler development: Technical manual third edition*. New York: Psychcorp.
- Bayley, N. (2006b). *Bayley scales of infant and toddler development, third edition, administration manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2006.
- Bee, H. (1996). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artes Médicas.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Bortoletti, F.F. (2007). Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In Monron, A.F.; Bortoletti, F.F.; Filho, J.B; Santana, R.M.; Mattar, R. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (Cap.3, pp.40-65). Barueir: Manole.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil (2012). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil (2005). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015). O Brasil e os ODM. Brasília: Secretária-Geral Presidência da República.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2006) O impacto da depressão materna nas interações sociais. *PSICO* (Porto Alegre), 37(2), 151-158, Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1429/1122>
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 92-102. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009
- Campos, B. C. & Rodrigues, O. M. P. (2015) Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidados e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico(Porto Alegre)*, 46(4). 483-492. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/20802/14100>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. & Rennó-Junior. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín. [online]*, 37(6), 288-294. Recuperado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-6083201000060000
- Chaves, I. C. G. (2014). Tecnologia e Infância: um olhar sobre as brincadeiras das crianças. (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Estadual de Maringá, Curso de Pedagogia, Paraná.
- Chinta, S., Walker, K., Halliday, R., Loughran-Fowlds, A., & Badawi, N. (2014). A comparison of the performance of healthy Australian 3-year-olds with the standardised norms of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development (version-III). *Arch Dis Child*, 99(7), 621-624.
- Cia, W.C.; Balau, T.S.S. (2007). Relação médico-paciente em obstetrícia. In Monron, A.F.; Bortoletti, F.F.; Filho, J.B.; Santana, R.M.; Mattar, R. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (Cap.10, pp.113-132). Barueir: Manole.
- Cia, F., Barham, E., J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estud. psicol. (Campinas)*, 26 (1),13-27. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Costa, L.M. (2013). *Depressão pós-parto* (Monografia de Especialização). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Piracicaba.

- Cypel, S. (2011). *Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia – usando SPSS para Windows*. (3a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Dolto, F. (1984). *Sexualidade feminina*. São Paulo: Martins Fontes.
- Fernandes, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-line (Barra do Garça)*, 14, 15-34. Recuperado de <http://revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/454/132>
- Fernandes, L. V., Goulart, A. L., Santos, A. M. N. S., Barros, M. C. M., Guerra, C. C. & Kopelman, B. I. (2012). Avaliação do neurodesenvolvimento de prematuros de muito baixo peso ao nascer entre 18 e 24 meses de idade corrigida pelas escalas Bayley III. *Jornal de Pediatria*, 88(6), 471-478. Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000600005
- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L., & Romano-Silva, M.A. (2009). Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl. 1), 79-84. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012
- Flores, M. R., Souza, A. P. R., Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2011). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200011
- Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A. & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 26(4), 738-746. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/16.pdf>
- Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L. & Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 46-55. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
- Gaiva, M. A. M., Palmeira, E. W. M. & Mufato, L, F. (2017) Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. *Escola Anna Nery*, 21(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0018.pdf
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Godamunne, P., Liyanage, C., Wimaladharmasooriya, N., Pathmeswaran, A., Wickremasinghe, A. R., Patterson, C., & Sathuiakumar, N. (2014). Comparison of performance of Sri Lankan and US children on cognitive and motor Scales of the Bayley Scales of infant development. *BMC Research Notes*, 7, 300. Doi: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/300>

- Góes, F. V., Méio, M. D. B. B., Mello, R. S. & Morsch, D. (2015). Evaluation of neurodevelopment of preterm infants using Bayley III scale. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(1), 47-55. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100047&lng=en.
- Gomes, L., Torquato, V., Feitoza, A., Souza, A., Silva, M., & Pontes, R. (2010). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev. Rene*, 11(1), 117-123, Recuperado de: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a13v11esp_n4.pdf
- Greinert, & Milani (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 26-36. Recuperado em 22 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Greenspan, S. (2004). Greenspan social-emotional growth chart: a screening questionnaire for infants and young children manual. San Antonio, Tex: Psychcorp.
- Guedes-Silva, D., Souza, M., Moreira, V. & Genestra, M. (2003). Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(2), 439-450. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200010
- Hanlon, C., Medhin, G., Worku, B., Tomlinson, M., Alern, A. Dewey, M., Prince, M. (2016). Adapting the Bayley Scales of Infant and Toddler Development in Ethiopia: Evaluation of Reliability and Validity. *Child Care Health Dev.*, 42(5), 699-708. Doi: 10.0000/cch.12371
- Junior, H. P. O. S., Silveira, M. F. A. & Gualda, D. M. R. (2009) Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaúcha Enferm. (Porto Alegre)*, 30(3), 516-24. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>
- Krogh, M.T., Vaever, M.S., Harder, S., & Koppe, S. (2012). Cultural differences in infant development during the first year: A study of Danish infants assessed by the Bayley-III and compared to the American norms. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(6), 730–736. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2012.688101>
- Lima, N. C., Ravelli, A. P. X., Messias, L. S. F., & Skupien, S. V. (2016) Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Revista Conexa- o UEPG (Ponta Grossa)*, 12(2), 268-277. Recuperado de: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/viewFile/8557/5287>
- Maldonado, (1985). *Psicologia da gravidez: Parto e Puerpério*. Petrópolis: Vozes.
- Marini, F., C. (2014) *Estudos dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Belo Horizonte.
- Mendes, A.V. (2008). Cuidados primários à saúde mental: depressão materna e aspectos comportamentais de crianças em idade escolar (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Pós-Graduação em Saúde Mental, São Paulo.

- Mendonça, J. S., Bussab, V. S. R. & Siqueira, J. O. (2013). Depressão pós-parto e conflito conjugal: Estudo longitudinal das associações bidirecionais em famílias de baixa renda. *Psico (Porto Alegre)*, 44(4), 581-589. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13207/10851>
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. S. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011
- Moraes, M.H.C.; Crepaldi, M.A.C. (2011). A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças – Psic.da Saúde*, 19(1-2), 61-67. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/3041>
- Morais, M. L. S.; Fonseca, L. A. M.; David, V. F., Viegas, L. M. & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, *Brasil Estudos de Psicologia*, 20(1), 40-49. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0040.pdf>
- Morais, M. L. S., Lucci, T. K. & Otta, E. (2013) Postpartum depression and child development in first year of life. *Stud. psicol. (Campinas)* 30(1), 7-17. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-166X2013010200001
- Moreira, R. S. & Figueiredo, E. M. (2013). Journal of human growth and development; 23(2): 215-221. Recuperado de <http://lattes.cnpq.br/189365844829647>
- Motta, Lúcion, Manfro (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Psiquiatr. (Rio Grande do Sul)* 27 (2), 165-176. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a07>
- Mousinho, R., Schmid, E., Pereira, J., Lyra, L., Mendes, L. & Nóbrega, V. (2008). Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Rev. Psicopedag. (São Paulo)*, 25 (78). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862008000300012
- Mustard, F.J. (2010). Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. In: Mustard, F.J. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. (Online). Recuperado de <http://www.encyclopediacrianca.com/Pages/PDF/MustardPRTxp.pdf>
- Nedder, M. Prefácio Psicológico Obstetrícia: Permanecendo ao lado da gestante e nova mamãe. (2007). In Monron, A.F.; Bortoletti, F.F.; Filho, J.B; Santana, R.M.;Mattar, R.*Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinária*. Barueir: Manole.
- Neto, J. A. C. (2012). *Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação*. Curitiba: CRV.
- Oliveira, L. D., Flores, M. R. & Souza, A. P. R. (2012). Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Rev. CEFAC*, 14(2), 333-342. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000200018

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pedroso, J. S., Dias, G. B., Magalhães, C. M. C. & Cruz, E. J. S. (2015). Exploratory Study on Infant Development under Institutional Sheltering in the North Region of Brazil. *Psychology*, 6(1), 305-313. Recuperado de: http://file.scirp.org/pdf/PSYCH_2015030311225890.pdf
- Pereira, O.A. (2011). *Crescimento e desenvolvimento*. (Apostila para o curso de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas UNIFENAS). Recuperado de <http://www.orlandopereira.com.br/puericultura/Crescimento%20e%20Desenvolvimento.pdf>
- Reyes, A., Pacifico, R., Benitez, B., Villanueva-Uy E., Lam, H. & Ostrea, E. M. Jr. (2010). Use of the griffiths mental development scales in na agro-industrial province in the Philippines. *Child: Care, Health & Development*, 36, 354-360.
- Rodrigues, O.M.P.R. (2012). Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista (Curitiba)*, 43, 81-100. Recuperado de www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4060201200010000
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007) Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev. psiquiatr. [online]*, 29(3), 274-280. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. doi : 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Santos, L., P. & Serralha, C., A. (2015) Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói (Santa Cruz do Su)*, 43, 5-26. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3748/4406>
- Saraiva, E. R. A. (2007). *A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Sarmiento, R. & Setúbal, M. S. V. (2012) Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Cienc Med*, 12(3), 261-68. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000111&pid=S1414-8145200900020002100001&lng=pt
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Muller, M.C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100008&lang=pt
- Serruya, S., J. (2003) *A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Campinas.
- Silva, E. T. & Botti, N. C. L. (2005). Depressão puerperal: uma revisão da literatura. *Revista*

Eletrônica de Enfermagem, 7 (2), 231-238. Recuperado de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf

- Silva, N.D.S.H.; Lamy Filho, F.; Gama, Mônica E. A.; Lamy, Z.C.; Pinheiro, A.L., & Silva, D.N. (2011). Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* (São Paulo), 21 (1), 85-98.
- Silva, N. C. B., Nunes, C. C., Betti, M. C. M. & Rios, K., S., A. (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas Psicol. (Ribeirão Preto)*, 16 (2), 34-52. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000200006
- Steenis, L.J.P., Verhoeven, M., & Van Baar ,L.A. (2012). The Bayley III: The instrument for early detection of developmental delay In: Columbus AM, editor. *Advances in Psychology Research*. 92nd ed. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. p. 133–141.
- Steenis, L.J., Verhoeven, M., Hessen, D.J., Van Baar, A. L. (2014). First steps in developing the Dutch version of the Bayley III: Is the original Bayley III and its item sequence also adequate for Dutch children? *European Journal of Developmental Psychology*, 11, 494–511. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2013.869207>
- Steenis, L. J. P., Verhoeven, M., Hassen, D. & Van Baar, A. V. (2015). Performane of dutch children on the Bayley III: a comparison study of us and dutch norms. *PlosOne*, 10(8). Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0132871>
- Stopa, S.R.; Malta, D.C.; Oliveira, M.M.; Lopes, C.S., Menezes, P.R.; Kinoshita, R.T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 170-180. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600170&script=sci_abstract&tlng=pt
- UNICEF (2015). *Levels & Trends in Child Mortality*. Recuperado de https://www.unicef.org/media/files/IGME_Report_Final2.pdf
- Van Baar, A.L., Steenis, L.J.P., Verhoeven, M., & Hessen, D. (2014). Bayley-III-NL; Technische handleiding Amsterdam, the Netherlands. *Pearson Assessment and Information*. Recuperado de <http://www.pearsonclinical.nl/media/whitepapers/Bayley-III-NL-Psychometrische-eigenschappen.pdf>
- Viana, T. P., Andrade, I. S. N., Lopes, A. N. M. (2014). Desenvolvimento cognitivo e linguagem em prematuros. *AudiolCommun Res*, 19(1), 1-6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/acr/v19n1/2317-6431-acr-19-1-0001.pdf>
- Walker, K., Badawi, N., Halliday, R., & Laing, S. (2010). Brief Report: Performance of Australian Children at One Year of Age on the Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Version III). *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 27(1), 54–58. doi: <https://doi.org/10.1375/aedp.27.1.54>
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria a psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

- Yamaguchi, L.M.;Pita, J.C.;Martins, L.A.(2007). A paciente psiquiátrica no ciclo gravídico puerperal. InMonron, A.F.; Bortoletti, F.F.; Filho, J.B; Santana, R.M.;, Mattar, R. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplina*. (Cap 17, pp.247-259). Barueri: Manole
- Yu, Y., Hsieh, W., Hsu, C., Chen, L., Lee, W., Chiu, N., Jeng, S.F. (2013). A psychometric study of the Bayley Scales of Infant and Toddler Development–3rd Edition for term and preterm Taiwanese infants. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3875–3883. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.006
- Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICE

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

A Pesquisa “Desenvolvimento psicológico de bebês: uma comparação entre parto normal e cesárea eletiva”, coordenada pelas Profas. Miria Benincasa Gomes, Profa. Maria Geralda Viana Heleno, da Universidade Metodista de São Paulo, Profa. Hilda Rosa Capelão Avoglia da Universidade Metodista de São Paulo e Profa. Eda Marconi Custódio, da Universidade de São Paulo, tem por objetivo avaliar o desenvolvimento psicológico de bebês de 0 a 36 meses de idade nascidos prematuros, prematuros limítrofes e a termo e comparar seu desenvolvimento global.

A creche receberá a visita de um pesquisador credenciado pela coordenação do projeto, para que seja acordada a melhor estratégia para divulgação das atividades previstas aos pais e agendamento da avaliação dos bebês, com a presença e colaboração dos mesmos ou dos cuidadores principais da criança, mediante termo de consentimento próprio.

Após as coletas de dados, a pesquisadora entregará na instituição o resultado dos pontos-chaves encontrados, ou seja, aspectos que podem ser estimulados durante a rotina na creche. Os educadores e gestores serão convidados a participar de um curso teórico, abordando aspectos fundamentais sobre o desenvolvimento dos bebês.

Os dirigentes, mediante adesão, apoiarão a realização das atividades previstas, fornecendo o perfil etário das crianças e disponibilizando um espaço para a realização da avaliação.

É garantido a todos os participantes o **sigilo absoluto** quanto a sua identidade, inclusive no caso dos dados desta pesquisa serem publicados posteriormente.

A participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que qualquer participante pode se retirar dela a qualquer instante, sem que isto acarrete qualquer consequência, penalização ou prejuízos.

Os participantes poderão pedir esclarecimentos aos pesquisadores, a qualquer momento da pesquisa, inclusive depois de ter participado dela.

Endereço para contato: miria.benincasa@gmail.com

Tendo ciência do termo apresentado, eu,

_____, dirigente da instituição

firmino o meu consentimento, livre e esclarecido, à participação na presente pesquisa e a

utilização dos dados obtidos em futuras publicações científicas.

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Assinatura: _____

RG: _____ CPF: _____

APÊNDICEB – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA CRECHE



INFORMAÇÕES GERAIS

Título completo da pesquisa: “Desenvolvimento psicológico de bebês: uma comparação entre parto normal e cesárea eletiva”

Responsáveis: Profa. Miria Benincasa Gomes, da Universidade Metodista de São Paulo, (miria.benincasa@gmail.com), Profa. Eda Marconi Custódio, da Universidade de São Paulo (eda.custodio@metodista.br), Profa. Maria Geralda Viana Heleno, da Universidade Metodista de São Paulo (geraldavianaheleno@gmail.com) e Profa. Hilda Rosa Capelão Avoglia, da Universidade Metodista de São Paulo (hildaavoglia@terra.com.br)

RESUMO DO PROJETO

Sabe-se que os cuidados dirigidos às crianças na primeira infância podem diminuir significativamente a incidência de transtornos mentais tanto na infância como na idade adulta e que o desenvolvimento psíquico se dá de forma simultânea e interdependente ao processo de amadurecimento físico e social. Quanto ao desenvolvimento da criança nascida prematura, estudos consistentes realizados nas últimas décadas demonstram elevado risco de problemas de desenvolvimento motor, de linguagem, cognitivo, socioemocional e psíquico durante a infância e que persistem até a vida adulta. Porém, a maioria destes estudos tem se concentrado nos bebês nascidos com idade gestacional anterior a 34 semanas. Novas evidências sugerem um prejuízo significativo no desenvolvimento dos bebês prematuros tardios (entre 34 e 36 semanas bem como dos prematuros limítrofes, nascidos de cesariana eletiva entre 37 e 38 semanas gestacionais. A Organização Mundial de Saúde preconiza o desenvolvimento de pesquisas na população de 0 a 36 meses de idade, uma vez que já é dado que os primeiros anos de vida exercem papel relevante, pois as experiências iniciais têm impacto decisivo na estrutura cerebral, psicológica e nas capacidades que perdurarão ao longo da vida do indivíduo. O presente projeto terá como objetivo avaliar o desenvolvimento psicológico de bebês de 0 a 36 meses de idade nascidos prematuros, prematuros limítrofes e a termo e comparar seu desenvolvimento global. A avaliação consistirá em um encontro com o bebê e seus pais, ou cuidador principal, com duração de 1 hora a 1 hora e 40 minutos, para aplicação de protocolo de avaliação indicado para a faixa etária do bebê, contendo questionário sociodemográfico realizado com a mãe,

Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil, Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil (IRDI) e questionário para o cuidador. Os pais que se interessarem receberão orientação coletiva acerca do desenvolvimento dos bebês, que pode ocorrer tanto em reunião específica para este fim, como durante uma reunião de pais já prevista pela instituição. As educadoras serão convidadas a participarem de um curso sobre o “Desenvolvimento do Bebê”, no qual será incluído conteúdo que possa contribuir com a prática diária das mesmas e a incidência do mesmo no desenvolvimento dos bebês. Após as coletas de dados, a pesquisadora entregará na instituição o resultado dos pontos chaves encontrados, ou seja, aspectos que podem ser estimulados durante a rotina na creche

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde

Eu, _____
_____ aceito participar voluntariamente do estudo “**Desenvolvimento psicológico de bebês: uma comparação entre parto normal e cesárea eletiva**”, que tem como objetivos: avaliar o desenvolvimento psicológico de bebês de 0 a 36 meses e comparar o desenvolvimento psicológico de bebês nascidos de cesárea agendada e de parto normal.

Para que estes objetivos sejam atingidos é necessário que:

- a) eu autorize, neste documento, que meu bebê seja avaliado pela pesquisadora;
- b) eu informe ter conhecimento de que esta avaliação será feita através de observação a distancia e de brincadeiras com objetos comuns à rotina do bebê como cubos, bolas, entre outros e durará, no máximo, 60 minutos;
- c) eu responda a um questionário de, aproximadamente 30 minutos, relatando minhas percepções sobre o bebê; d) o(a) cuidador(a) de meu bebê responderá sobre questões relacionadas a sua rotina na creche.

Enquanto participante declaro estar ciente de que:

- a) Faço parte de uma amostra de 200 mães que participarão desta pesquisa;
- b) O cuidador do meu bebê também irá responder a um questionário de, aproximadamente 30 minutos, fornecendo informações sobre o que percebe do bebê durante sua rotina na creche;
- c) Será necessário um encontro de, aproximadamente, 30 minutos para que a pesquisadora realize o questionário comigo;
- d) Será necessário um encontro de, aproximadamente, 60 minutos para que a pesquisadora faça a avaliação com o meu bebê;
- e) Poderei interromper / desistir de minha participação e a de meu bebê a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo;

f) Não precisarei pagar ou gastar nenhuma quantia monetária em nenhum momento da pesquisa, pois, todos os custos com os materiais para a execução da pesquisa ficarão a cargo da pesquisadora.

g) Poderei me sentir, eventualmente, cansada fisicamente durante o questionário. Neste caso, a pesquisadora interromperá o processo até que eu me sinta disposta a continuar. Vale ressaltar que a chance de eu me sentir cansada é considerada mínima no que diz respeito aos aspectos psicológicos e/ou físicos, pois, estarei realizando uma atividade comum do meu dia a dia (como conversar e responder perguntas sobre meu bebê);

h) Meu bebê poderá, eventualmente, sentir-se cansado quando a avaliação envolver brincadeiras. Neste caso, a pesquisadora interromperá o processo até que o bebê se sinta disposto a continuar. Eventualmente, esta avaliação poderá ser finalizada outro dia. Por se tratar de brincar, ou seja, uma forma de expressão da criança em todas as culturas, estima-se que, mesmo ficando cansado, não haverá nenhum tipo de prejuízo ao participante porque é enquanto brinca que a criança experimenta a si mesmo e ao mundo, retirando prazer e satisfação desta atividade.

i) Posso decidir desistir da minha participação e da participação de meu bebê a qualquer momento, se essa decisão me deixar mais confortável.

j) No caso de alguma ocorrência que traga dano decorrente da participação na pesquisa, estou ciente de que terei direito a uma indenização, conforme estabelecido na Resolução 466/12. Contudo, vale ressaltar que todos os riscos estão minimamente reduzidos por se tratar de atividades rotineiras para todos os participantes desta pesquisa;

k) A pesquisadora estará á disposição para realizar uma entrevista devolutiva individual caso eu manifeste interesse;

l) A pesquisadora irá realizar um treinamento para as mães que aceitaram participar desta pesquisa. Este treinamento terá duração de dois encontros de, aproximadamente, duas horas cada um. Estes encontros terão como objetivo transmitir informações sobre desenvolvimento infantil e sobre como estimular meu bebê. Será realizado na creche e os bebês poderão estar presentes.

m) Tenho assegurado que minha privacidade será totalmente preservada e as informações permanecerão em sigilo, não sendo divulgado em nenhum momento o meu nome e/ou outros dados que possam me identificar.

n) Trata-se de uma pesquisa liderada pela Profa. Dra. Miria Benincasa Gomes, da Universidade Metodista de São Paulo, registrada no Conselho Regional de Psicologia pelo

número: 06/52.180;

o) Fica a minha disposição o contato da pesquisadora responsável pelo projeto, caso seja do meu interesse contatá-la a qualquer momento. O telefone para contato com a pesquisadora é (11) 4366 5051 e seu e-mail é miria.gomes@metodista.br. p) Caso haja qualquer dúvida, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UMESP) poderá ser contatado pelo e-mail cometica@metodista.br ou telefone (11) 4366-5814 ou pelo endereço físico: Rua do Sacramento, 230 – Ed. Capa sala 303.

Este documento será assinado em duas vias, ficando assim, uma para cada parte de interesse: a pesquisadora e eu, como participante.

Nome da criança: _____

Endereço: _____

Telefone: _____(res) _____(com) _____(cel)

_____, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura da Participante

Nome: _____

RG: _____, CPF: _____

MiriaBenincasa Gomes

Pesquisadora Responsável

RG: 17.616.509-5 CPF: 195.074.688-70

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO REALIZADO COM A MÃE

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Data da Aplicação: ____/____/____

Local de Aplicação: _____

I. DADOS PESSOAIS

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Idade _____ anos

4. Naturalidade: _____

5. Cidade em que mora: _____

6. Relacionamento estável à:

_____ Anos _____ Meses

_____ Semanas _____ Dias

7. Estado Civil:

a) Casada (civil) () b) Casada (união estável) ()

c) Casada (civil + igreja) () d) Casada (Mora junto) ()

e) Casada (igreja) () f) Namora e mora separadamente ()

g) Solteira () i) Separada ()

h) Viuva() j) Outros: _____

8. Cor:

() Branca () Negra () Parda () Amarela () Índia

9. Quem mora com você (quantas pessoas e qual o grau de parentesco):

10. Qual o tipo de moradia? () Alvenaria () Madeira () Outro

Especifique: _____

11. Quantos cômodos? _____

II. DADOS OCUPACIONAIS / FINANCEIROS

12. Escolaridade:

- | | | | |
|-------------------------|-----|---------------------------|-----|
| a) Sem Instrução | () | b) Fundamental Incompleto | () |
| c) Fundamental completo | () | d) Médio Incompleto | () |
| e) Médio Completo | () | f) Superior Incompleto | () |
| a) Superior Completo | () | b) Pós Graduação | () |
| c) Mestrado | () | d) Doutorado | () |

13. Profissão: _____

14. Ocupação Atual: _____

15. Renda da família:

- | | | | |
|-------------------------------|-----|---|-----|
| a) Nenhuma | () | b) Igual ou inferior a 1 salário mínimo | () |
| c) De 1 a 3 salários mínimos | () | d) De 3 a 5 salários mínimos | () |
| e) De 6 a 10 salários mínimos | () | f) Mais de 10 salários mínimos | () |

16. Quem colabora com a renda familiar? Qual horário de trabalho dos colaboradores? Em quais dias da semana?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

17. Há ocorrência de violência familiar?

- b) Vaginal com anestesia epidural();
- c) Vaginal com ocitocina (sorinho) ();
- d) Vaginal sem ocitocina (sorinho) ();
- e) Vaginal com episiotomia (corte na vagina) ();
- f) Vaginal sem episiotomia (corte na vagina) ();
- g) Cesariana com anestesia epidural();
- h) Cesariana com anestesia geral();
- i) Cesariana com hora marcada; qual
motivo:_____
- _____
- j) Cesariana com trabalho de parto (); Quanto de dilatação _____

Durante o trabalho de parto, teve alguém conhecido ao seu lado?

Sim (), Quem? _____ Não ()

25. Local de realização do parto: () Hospital/clínica () Domicílio ()
Casa de parto () Outro. Especifique: _____

26. Intercorrências clínicas da gravidez, parto e puerpério: _____

IV. DADOS RELATIVOS AO PÓS PARTO

27. O seu bebê amamentou no peito?

Só na maternidade	()	Menos de 1 mês	()
De 1 a 3 meses	()	De 3 a 6 meses	()
De 6 a meses a 1 ano	()	De 1 ano a 1 ano e 6 meses	()
De 1 ano e 6 meses a 2 anos	()	Mais de 2 anos	()

28. Por que interrompeu a amamentação ou quando pretende interromper? Por que?

29. Você teve quem a ajudasse a cuidar do seu bebê?

Sim (), Quem? _____ Não ()

30. Dos sentimentos abaixo, quais estavam mais presentes logo após sua chegada da maternidade?

) Medo	() Desejo de Fugir) Felicidade
) Tristeza	() Choro freqüente) Plenitude
) Desanimo	() Vontade de não ficar sozinha com o bebê) Animação
) Ansiedade	() Desesperança) Prazer
) Irritada	() Abandono) Empolgação
) Solidão	() Vontade de fazer mal a mim mesma) Diversão
) Culpa	() Tarefas demais para mim	

V. DADOS RELATIVOS AO SEU BEBÊ

31. Sexo do seu bebê: () Feminino () Masculino

32. Idade do seu bebê: _____

33. Apgar do seu bebê: 1º min _____ e 5º min _____

34. Peso na nascer _____ Comprimento ao nascer: _____ cm

35. Perímetro Cefálico: _____

36. Idade gestacional ao nascer: _____ semanas _____ dias

37. Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN

38. Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo

39. Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado

40. Teste do pezinho: () Não () Sim Data: _____

Resultados alterados: _____

41. Triagem auditiva: () Não () Sim Data: _____

Testes realizados: () PEATE () EOA

Resultados: OD: _____ OE: _____

Reteste: () Não () Sim Data: _____

Resultados: OD: _____ OE: _____

42. Saúde do seu bebê ao nascer:

- a) () Foi direto para o colo e alojamento conjunto
 b) () Foi direto para o colo e depois para a enfermaria
 c) () Foi para a UTI neonatal
 d) () Foi direto para a enfermaria e vi depois de _____ horas
 e) () Nasceu com quantas semanas de gestação? _____ semanas
 f) () Outros: _____
-
-

43. Com que idade sorriu pela primeira vez?

44. Com que idade engatinhou?

45. Com que idade andou?

46. Com que idade falou?

47. Com que idade surgiram os primeiros dentes?

VI. ALIMENTAÇÃO

48. Quanto aos outros alimentos. Pode assinalar mais de uma.

a) () o bebê ainda só mama	b) () toma água
c) () toma suco	d) () toma suco e água
e) () come frutas amassadas / raspadas	f) () come papinha salgada
g) () come alimentos sólidos – comida	h) () come todos os alimentos
j) () resiste um pouco a se alimentar	k) () resiste muito a se alimentar, temos que forçar
l) gosta muito de comer	m) não para de comer, temos que por limite
n) () Outros, explique:	

49. Quando começou a ingerir água ou suco?

a) () com até de 3 meses	b) () com 4 meses	c) () com 5 meses
d) () com 6 meses	e) () com 7 meses	f) () com 8 meses
g) Outros, explique:		

50. Quando começou a ingerir fruta?

a) () com até de 3 meses	b) () com 4 meses	c) () com 5 meses
d) () com 6 meses	e) () com 7 meses	f) () com 8 meses
g) () com 9 meses	h) () com 10 meses	i) () com 12 meses
j) () com mais de 12 meses	() ele ainda não come frutas	
l) Outros, explique:		

51. Quando começou a ingerir comida salgada / papinha?

a) () com até de 3 meses	b) () com 4 meses	c) () com 5 meses
d) () com 6 meses	e) () com 7 meses	f) () com 8 meses
g) () com 9 meses	h) () com 10 meses	i) () com 12 meses
j) () com mais de 12 meses	() ele ainda não come comida salgada	
l) Outros, explique:		

52. Preferência alimentar. Pode assinalar mais de uma.

a) () leite	b) () fruta
c) () arroz	d) () feijão
e) () salada	f) () macarrão
g) () ovos	h) () carnes vermelhas
i) () carnes brancas	j) () doces
k) () gorduras	l) () refrigerantes
m) () pães	n) () outros
l) () Explique:	

VII. SONO**53. Quantas vezes ele dorme durante o dia?**

a) () 1 vez por dia	b) () 2 vezes no dia
c) () 3 vezes no dia	d) () 4 vezes no dia
e) () 5 vezes no dia	f) () 6 vezes no dia
g) () 7 vezes no dia	h) () mais de 8 vezes no dia
() Outros. Explique:	

54. Com relação ao tempo, você avalia que este bebe dorme:

a) () menos de 15 minutos durante o dia	b) () de 15 a 30 minutos durante o dia
c) () de 30 a 45 minutos durante o dia	d) () de 45 a 60 minutos durante o dia
e) () de 60 a 90 minutos durante o dia	f) () de 90 a 120 minutos durante o dia
g) () de 2 a 3 horas durante o dia	h) () de 3 a 4 horas durante o dia
i) () de 4 a 5 horas durante o dia	j) () de 5 a 6 horas durante o dia
k) () de 6 a 7 horas durante o dia	l) () de 7 a 8 horas durante o dia
m) () de 8 a 9 horas durante o dia	n) () mais de 10 horas durante o dia
o) () Outros. Explique:	

55. Com relação à qualidade, você avalia que este bebe dorme (Pode assinalar mais de uma):

a) () muito bem, acorda descansado	b) () aparentemente bem mas não acorda descansado
c) () muito agitado, mas acorda descansado	d) () muito agitado e não acorda descansado
e) () dorme bem, com sono pesado	f) () dorme bem, com sono leve
g) () dorme mal, com sono pesado	h) () dorme mal, com sono leve
i) () Outros. Explique:	

VIII. FRALDAS**56. O seu bebê usa fraldas?**

a) () sim b) () não. Se não: com que idade desfraldou? _____

57. Quantas vezes são necessárias as trocas fralda desse bebê?

a) () 1 vez por dia	b) () 2 vezes no dia
c) () 3 vezes no dia	d) () 4 vezes no dia
e) () 5 vezes no dia	f) () 6 vezes no dia
g) () 7 vezes no dia	h) () mais de 8 vezes no dia
i) () Outros. Explique:	

58. Quantas vezes ele costuma fazer coco?

a) () 1 vez por dia	b) () 2 vezes no dia
c) () 3 vezes no dia	d) () 4 vezes no dia
e) () 5 vezes no dia	f) () 6 vezes no dia
g) () 7 vezes no dia	h) () mais de 8 vezes no dia
i) () Outros. Explique:	

59. Quantos xixis, aproximadamente, ele faz por dia?

a) <input type="checkbox"/> 1 vez por dia	b) <input type="checkbox"/> 2 vezes no dia
c) <input type="checkbox"/> 3 vezes no dia	d) <input type="checkbox"/> 4 vezes no dia
e) <input type="checkbox"/> 5 vezes no dia	f) <input type="checkbox"/> 6 vezes no dia
g) <input type="checkbox"/> 7 vezes no dia	h) <input type="checkbox"/> mais de 8 vezes no dia
i) <input type="checkbox"/> Outros. Explique:	

60. Ele costuma assar?

a) <input type="checkbox"/> sim, vive assado	b) <input type="checkbox"/> sim, com frequencia
c) <input type="checkbox"/> sim, as vezes	d) <input type="checkbox"/> sim, mas poucas vezes
e) <input type="checkbox"/> sim, mas raramente	f) <input type="checkbox"/> não, nunca
d) <input type="checkbox"/> Outros, explique:	

IX. BANHO**61. O bebê toma banho na creche? Vezes**

a) <input type="checkbox"/> sim, diariamente	b) <input type="checkbox"/> sim, com frequencia
c) <input type="checkbox"/> sim, as vezes	d) <input type="checkbox"/> sim, mas poucas vezes
e) <input type="checkbox"/> sim, mas raramente	f) <input type="checkbox"/> não, nunca
l) <input type="checkbox"/> Outros, explique:	

62. Comportamento durante o banho. Pode assinalar mais de uma resposta.

a) <input type="checkbox"/> gosta de brincar no banho, se diverte.	b) <input type="checkbox"/> gosta de brinquedos no banho
c) <input type="checkbox"/> quer brincar com outros bebes no banho	d) <input type="checkbox"/> quer ficar mais tempo no banho
e) <input type="checkbox"/> não quer entrar mas depois gosta	f) <input type="checkbox"/> não quer entrar e não gosta do banho
g) <input type="checkbox"/> é bastante agitado no banho	h) <input type="checkbox"/> não se mexe durante o banho
i) <input type="checkbox"/> é dependente para tomar banho	k) <input type="checkbox"/> tem que ter supervisão do adulto
l) <input type="checkbox"/> precisa de ajuda para algumas partes	m) <input type="checkbox"/> é totalmente independente no banho
f) <input type="checkbox"/> Outros, explique:	

X. BRINCADEIRA**63. Quanto ao uso de brinquedos. Pode assinalar mais de uma resposta.**

a) <input type="checkbox"/> gosta muito de brincar com brinquedos	b) <input type="checkbox"/> gosta de brincar com brinquedos
c) <input type="checkbox"/> brinca pouco com brinquedos	d) <input type="checkbox"/> não se interessa por brinquedos
n) <input type="checkbox"/> Outros, explique:	

64. Quanto ao comportamento com brinquedos.

a) () brinca apenas com seu próprio brinquedo	b) () brinca com qualquer brinquedo
c) () gosta de pegar os brinquedos dos outros	d) () frequentemente retira brinquedo de outros bebês
e) () fica nervoso / bravo ao pegarem seu brinquedo	f) () fica nervoso / bravo para pegar brinquedos de outros
g) () fica apático ao tomarem seus brinquedos	g) () chora quando tomam seus brinquedos
n) () Outros, explique:	

65. Quanto ao brincar com outros.

a) () prefere brincar com adultos	b) () prefere brincar com crianças
c) () demonstra agressividade nas brincadeiras	d) () demonstra passividade nas brincadeiras
e) () gosta de brincar sozinho	f) () nem liga pra presença de outras pessoas
n) () Outros, explique:	

66. Quais brincadeiras que mais gosta?

- a) Opção 1: _____
- b) Opção 2: _____
- c) Opção 3: _____
- d) Opção 4: _____

XI. HUMOR**67. Quanto à alegria, você observa que:**

a) () é muito alegre, ri pra todo mundo	b) () ri com frequência
c) () ri pouco	d) () raramente ri / nunca ri
e) () Outros, explique:	

68. Quanto à irritação, você observa que

a) () é bastante irritada	b) () se irrita fácil
c) () raramente se irrita	d) () nunca se irrita
f) () Outros, explique:	

69. Quanto ao choro, você considera que:

a) () chora muito, o tempo todo	b) () chora muito bastante, mas fica sem chorar
() chora as vezes	d) () raramente chora / nunca chora

e) () Outros, explique:

XII. COMUNICAÇÃO

70. Quanto à comunicação verbal o bebê:

a) () não emite nenhum som	b) () emite sons, balbucia
c) () balbucia bastante	d) () está tentando a primeira palavra
e) () fala algumas poucas palavras (menos que 10)	f) () fala mais de 10 palavras
g) () fala bastante palavras mas troca letras	h) () fala bem comparando com outros da sua idade
() fala bem, mas pior do que outros da sua idade	k) () se comunica extremamente bem
l) () Outros, explique:	

71. Quanto à comunicação não verbal o bebê:

a) () não fala e se comunica mal por gestos e expressões faciais
b) () não fala mas se comunica bem por gestos e expressões faciais
c) () fala pouco e se comunica mal por gestos e expressões faciais
d) () fala pouco e se comunica bem por gestos e expressões faciais
e) () fala bem e se comunica mal por gestos e expressões faciais
f) () fala bem e se comunica bem por gestos e expressões faciais
g) () Tem gestos bastante expressivos
h) () Tem as expressões faciais bastante expressivas
i) () Outros. Explique:

XIII. SAUDE GERAL

72. Quanto a saúde geral, você observa:

a) () alergia de pele	b) () alergia alimentar
c) () rinite	d) () bronquite
e) () asma	f) () tosse frequente
() resfriados freqüentes	h) () diabetes
() problemas gástricos	j) () vômitos frequentes
() febres freqüentes	l) () infecções frequentes
() outros	
o) () Explique:	

XIV. COMPORTAMENTO GERAL

73. Quanto ao Comportamento Geral, como você classificaria este bebê?

a) <input type="checkbox"/> animado	b) <input type="checkbox"/> desanimado
c) <input type="checkbox"/> entusiasmado	d) <input type="checkbox"/> triste
e) <input type="checkbox"/> agitado	f) <input type="checkbox"/> letárgico
<input type="checkbox"/> desatento	h) <input type="checkbox"/> presta atenção em tudo
<input type="checkbox"/> chorão	j) <input type="checkbox"/> risonho
<input type="checkbox"/> assustado	l) <input type="checkbox"/> bastante sociável
<input type="checkbox"/> não se socializa	n) <input type="checkbox"/> pouco sociável
o) <input type="checkbox"/> carinhoso	p) <input type="checkbox"/> agressivo
q) Outros	

74. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

75. Gostaria de fornecer mais alguma informação sobre este bebê?

ANEXO B – VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

Questionário:

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - Como eu sempre fiz
 - Não tanto quanto antes
 - Sem dúvida, menos que antes
 - De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia
 - Como sempre senti
 - Talvez, menos que antes
 - Com certeza menos
 - De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - Não, de maneira alguma
 - Pouquíssimas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - Sim, muitas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
 - Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir
 - Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes

Não muitas vezes

Não, de jeito nenhum

1

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

De vez em quando

Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Sim, muitas vezes, ultimamente

Algumas vezes nos últimos dias

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez
