

Luciana de Avila Quevedo

O Impacto da Depressão Materna Pós-parto no Desenvolvimento da Linguagem de
Bebês aos doze meses: Estudo longitudinal

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Agosto de 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para que este trabalho pudesse ser completo.

Ao professor Ricardo Pinheiro, meu orientador, por ter confiado em meu trabalho e incentivado meu crescimento profissional.

À professora Vera Figueiredo pelos ensinamentos, carinho, amizade e por ser um grande exemplo profissional e pessoal.

À Flavia Jonas e Roberta Canez faltam palavras para agradecer a presteza constante e ajuda nos mais diversos problemas.

À Carolina Leão e Beatriz Porto por fornecerem a tradução da escala Bayley-III.

Aos mestrandos e às colegas da DPP: Camila, Augusto, Renata, Pedro, Carol, Ivelissa, Isane, Dani Mesquita por terem proporcionado um ótimo trabalho em equipe.

À todos os bolsistas que participaram deste estudo, em especial a Mari e a Tai. Obrigada pelo excelente trabalho e amizade.

À Russélia pelo trabalho desenvolvido sem o qual este estudo não teria se tornado possível e pela amizade.

Às amigas e colegas de mestrado Dani, Karen, Cris, Marta e Renata pelo apoio durante essa trajetória e pelos momentos divertidos que passamos juntas.

À amiga Larissa por ter compreendido minha ausência em momentos importantes, escutado minhas reclamações por muito tempo e ter ajudado em meu trabalho sem a menor obrigação.

Ao meu irmão Wagner por suas revisões e correções do meu trabalho.

Aos meus pais o maior agradecimento, por terem apoiado todas as minhas decisões, valorizado meu esforço e amenizado minhas angústias.

Luciana de Ávila Quevedo

**O Impacto da Depressão Pós-Parto Materna no
Desenvolvimento da Linguagem de Bebês aos doze
meses, na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.**

Projeto de pesquisa elaborado para o
Mestrado em Saúde e
Comportamento da UCPEL, sob a
orientação do Prof. Dr. Ricardo
Tavares Pinheiro.

**Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Agosto de 2008**

Sumário:

| | |
|--|----|
| I. Identificação | 6 |
| 1.1 Título..... | 6 |
| 1.2 Mestranda..... | 6 |
| 1.3 Orientador..... | 6 |
| 1.4 Instituição..... | 6 |
| 1.5 Linha de pesquisa..... | 6 |
| 1.6 Data..... | 6 |
| II. Delimitação do Problema | 7 |
| 2.1 Introdução..... | 7 |
| 2.2 Objetivos..... | 8 |
| 2.3 Hipóteses..... | 8 |
| III. Revisão de Literatura | 9 |
| 3.1 Estratégias de busca..... | 15 |
| IV. Métodos | 15 |
| 4.1 Delineamento..... | 15 |
| 4.2 Amostra..... | 16 |
| 4.2.1 Cálculo da amostra..... | 16 |
| 4.3 Instrumentos..... | 17 |
| 4.4 Definições das variáveis..... | 18 |
| 4.5 Pessoal envolvido..... | 19 |
| 4.6 Estudo-piloto..... | 19 |
| 4.7 Logística..... | 19 |
| 4.8 Controle de Qualidade..... | 21 |
| 4.9 Processamento e análise dos dados..... | 21 |
| 4.10 Divulgação dos Resultados..... | 22 |
| 4.11 Considerações éticas..... | 23 |
| 4.12 Cronograma..... | 23 |
| V. Referências | 25 |
| VI. Anexos | 30 |
| ANEXO A - Proposta de questionário sobre o bebê..... | 30 |

| | |
|---|----|
| ANEXO B– Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)..... | 32 |
| ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido..... | 34 |
| ANEXO D – Encaminhamentos..... | 35 |

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: O Impacto da Depressão Pós-Parto Materna no Desenvolvimento da Linguagem de Bebês aos doze meses, na zona urbana da cidade de Pelotas/RS.

1.2. Mestranda: Luciana de Ávila Quevedo

1.3. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1.4. Instituição: Mestrado em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Amamentação e puerpério.

1.6. Data: Agosto de 2008.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

O final do primeiro ano de vida caracteriza-se como um momento importante do desenvolvimento infantil, uma vez que a criança apresenta novas aquisições em termos de linguagem, locomoção e exploração do ambiente.

A aquisição da linguagem é uma das mais importantes realizações do desenvolvimento. No entanto, muito antes da linguagem verbal, a criança desenvolve uma série de habilidades e comportamentos que lhes permitem construir toda a competência da comunicação nos primeiros doze meses de vida. O desenvolvimento da comunicação verbal é uma das aprendizagens mais complexas que muitas crianças não conseguem realizar com sucesso ¹.

Alguns fatores interferem na aquisição do vocabulário da criança, como ambientais, situação socioeconômica e interação com os pais². A atenção compartilhada entre mãe-bebê é considerada base para o crescimento da comunicação e, conseqüentemente, dos relacionamentos ³.

Entre os fatores interativos, a depressão pós-parto tem sido abordada por inúmeras investigações nas últimas décadas, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em conseqüência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança ⁴.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno que se manifesta a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental, presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas e a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações ^{3,5}. Um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano 2000, encontrou uma prevalência de DPP em 19,1% das mães. Este índice está de acordo com os dados encontrados na literatura que varia de 10 a 20% ⁵.

Sabe-se que a Depressão Pós-Parto pode ter conseqüências negativas para ambos, mãe e criança. Neste contexto, a habilidade materna em perceber, interpretar e

responder às necessidades da criança fica muito prejudicada e por este motivo é de extrema importância investigar os efeitos da DPP na prole.

Diversos estudos confirmam a hipótese de que uma mãe deprimida pode afetar negativamente o desenvolvimento do seu filho ^{6,7,8,9,10,11,12}, entretanto, devido à limitações do delineamento adotado, poucos estudos avaliam separadamente as três características do transtorno: cronicidade, gravidade e tempo do episódio. A quantidade de tempo em que a criança fica exposta, a gravidade do sintoma materno e o momento da exposição impactam de forma diferenciada o desenvolvimento infantil ^{13,14}.

Esta pesquisa, através de um estudo transversal com mães e seus bebês aos doze meses, busca esclarecer qual repercussão de uma mãe com DPP no processo de desenvolvimento da linguagem do bebê em nosso meio, já que são escassos os estudos sobre o tema no Brasil, o que devido à diferença cultural e econômica pode ter um impacto diferente em nossa população.

2.2 Objetivos:

Primário:

- Verificar o impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento da linguagem do bebê aos doze meses e fatores associados.

Secundário:

- Analisar a correlação entre a escala de linguagem do Bayley Scales of Infant Development III e o protocolo Palavras e Gestos dos Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo.

2.3 Hipóteses:

- Depressão materna é fator de risco para escores mais baixos no teste que avalia o desenvolvimento da linguagem infantil.
- A prevalência de depressão pós-parto nas mães será de 20%.
- A escolaridade materna e renda familiar serão fatores de risco para o atraso no desenvolvimento da linguagem.
- Os resultados da escala de linguagem do Bayley Scales of Infant Development III e do protocolo Palavras e Gestos terão uma associação significativa.

III. REVISÃO DE LITERATURA

Desenvolvimento infantil é um processo que não envolve somente o crescimento físico e a maturação biológica da criança, mas também está relacionado à construção das habilidades cognitivas, sociais e afetivas. Diz respeito à competência da criança em executar determinadas tarefas e ter comportamentos apropriados para a faixa etária em que se encontra ¹⁵.

As novas capacidades da criança constituem um desafio para a mãe, que precisa adaptar-se às novas exigências e aprender a entender como lidar com as aquisições que surgem nesse período do desenvolvimento. Estas devem adaptar-se em alto grau às necessidades do filho e estarem disponíveis para partilhar de suas explorações e auxiliarem em suas tentativas de imitação e de identificação, fornecendo assim um cuidado satisfatório e um ambiente confiável ¹⁶.

No meio familiar, paradoxalmente, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos para o seu desenvolvimento. Fatores de risco relatados se referem freqüentemente ao baixo nível socioeconômico e à fragilidade nos vínculos familiares, podendo resultar em prejuízos para solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais ^{2,17,18}.

Mesmo muito jovens, os recém-nascidos são sensíveis às emoções de seus cuidadores ¹⁹. Estudos sugerem que o primeiro evento adverso importante da vida do recém-nascido é vivenciar a depressão dos seus pais ²⁰.

A depressão no período pós-parto afeta a qualidade dos cuidados à criança podendo gerar transtornos comportamentais, cognitivos, sociais e de desenvolvimento físico no primeiro ano de vida ^{8,10,21}.

Embora a experiência da maternidade de mulheres que apresentam sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas ³.

Mães deprimidas, quando comparadas às mães não-deprimidas, gastaram menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, apresentaram mais expressões negativas do que positivas, mostraram menos contingência, menos

espontaneidade e menores níveis de atividade^{3,4,22,23}. Da mesma forma, bebês de mães deprimidas mostraram freqüentemente alterações comportamentais, tais como evitação do olhar e menor vocalização¹⁹.

Existem evidências de que as interações face-a-face entre bebês e suas mães diferem em função da depressão pós-parto sugerindo que o estado afetivo da mãe pode repercutir nas suas vocalizações para o bebê³. Um estudo avaliou as implicações da depressão pós-parto em relação à duas características da linguagem materna: tempo de expressão vocal e pausas e o uso de entonação da voz. Concluiu-se que mães deprimidas apresentavam vocalizações significativamente mais baixas para responder às vocalizações de bebês de quatro meses, assim como evidenciavam mais variações vocais e pausas, e eram menos aptas a utilizar a entonação exagerada que é característica da linguagem materna²⁴.

Em uma investigação com 702 díades observou-se que a depressão pós-parto não teve efeito no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, mas parece ter tornado as crianças mais vulneráveis a efeitos adversos da baixa classe social e do gênero masculino²⁵.

Em uma amostra de 4953 mães e seus filhos, verificou-se que a gravidade e cronicidade da depressão materna aumentaram os problemas de comportamento e vocabulário das crianças. O tempo dos sintomas depressivos não teve significância para os escores do vocabulário, mas depressão recente foi associada com mais altos índices de problemas de comportamento¹³.

Em 2002, na Suíça, 570 mulheres e seus bebês foram acompanhados para verificar a interação de díades deprimidas. Os resultados mostraram que a capacidade da criança se comunicar foi afetada. As crianças filhas de mães deprimidas mostraram uma diferença significativa quanto à interação visual ($p < 0,001$) e interação vocal ($p < 0,01$) quando comparadas com filhas de mulheres não deprimidas²⁶. Os mesmos autores, em 2003, em um estudo de casos e controles com 70 díades mães-bebê (35 casos, 35 controles), identificaram que as díades consideradas caso demonstraram menos interação verbal ($p < 0,05$) que as controles. As crianças filhas de mulheres deprimidas executaram de forma inferior o conceito de objeto, foram mais inseguras em

relação ao vínculo materno e menos capazes de combinar duas palavras, em comparação com as crianças filhas de mães não deprimidas ²⁷.

Em relação à prevalência de atraso no desenvolvimento infantil, foram analisadas 4987 crianças de 1 a 5 anos e suas mães biológicas. O resultado foi de 4.6% e os fatores associados foram sexo masculino (OR 1,37 – 1,10 a 1,70), depressão materna (OR 1,64 – 1,25 a 2,15), baixa educação materna (OR 1,57 – 1,19 a 2,08), mães imigrantes (OR 1,93 – 1,38 a 2,71) e baixa renda familiar (OR 1,43 – 1,11 a 1,83)⁶.

Crianças de mães deprimidas produziram cerca de quatro tipos de palavras a menos que de mães não-deprimidas aos 24 meses e 20 palavras a menos nos 36 meses. Isto foi evidenciado em estudo realizado com 108 mães e seus bebês entre 1 e 3 anos ².

Nos Estados Unidos, 8431 pais, 11833 mães e 10024 crianças participaram de um estudo de coorte em que as mães e pais foram avaliados 8 semanas após o parto e os bebês aos 42 meses. Resultados comportamentais e emocionais adversos foram associados com DPP materna (OR 2,76 – 2,14 a 3,55) e paterna (OR 2,09 – 1,42 a 3,08). Não houve diferença na magnitude do efeito entre meninos (OR 2,64 – 1,87 a 3,71) e meninas (OR 3,00 – 2,06 a 4,38) de mães deprimidas ($p=0,770$) ⁸.

Poucas pesquisas empíricas têm focado especificamente sobre a análise das implicações da depressão materna para as competências lingüísticas infantil durante a primeira infância. Alguns artigos de revisão referiram que há pequenos efeitos da DPP no desenvolvimento cognitivo de crianças, envolvendo a linguagem e o QI ⁹. As mães com depressão crônica apresentavam menos contato físico, visual e verbal na interação com seu bebê e no brincar, eram menos positivas e engajadas afetivamente do que aquelas cuja depressão havia sido relativamente transitória ⁷.

As tabelas 1 e 2 mostram um quadro resumido com os principais artigos relacionados ao tema proposto neste estudo:

Tabela 1- Seleção dos estudos sobre o tema.

| Autor, ano e país | População estudada | Instrumentos utilizados | Metodologia | Resultados encontrados | Limitações |
|--|---|--|---|--|---|
| Murray (1992) ²⁵ . Inglaterra | 702 díades | Mãe: Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) e Standardized psychiatric interview. Crianças: Bayley Scales of infant mental development; Reynell scales of language development e Piaget's object concept tasks | Estudo de coorte. As mães foram avaliadas aos 2, 6, 12 e 18 meses do pós-parto. Os bebês foram avaliados aos 9 e 18 meses. | A depressão pós-parto não teve efeito no desenvolvimento cognitivo e da linguagem, mas parece tornar as crianças mais vulneráveis a efeitos adversos da baixa classe social e do gênero masculino. | Para ser incluída a mãe necessitava ser casada e primípara. O bebê não podia ser de baixo-peso ou ter sido encaminhado para receber cuidados especiais. |
| Brennan et al (2000) ¹³ . Austrália | 4953 mães e seus filhos | Mães: Delusions symptoms states inventory Criança: Child Behavior Checklist (relato materno) e Peabody Picture Vocabulary Test—Revised | Estudo de coorte com 4 etapas. Os dados foram coletados durante a gravidez, 3 a 4 dias depois do parto, nos 6 meses e 5 anos da criança. | A gravidade e cronicidade da depressão materna aumentaram os problemas de comportamento e vocabulário das crianças. O tempo dos sintomas depressivos não teve significância para os escores do vocabulário, mas depressão recente foi associada com mais altos índices de problemas de comportamento. | O estudo teve 30% de perdas na 4ª etapa. O instrumento que avaliou o comportamento infantil foi feito através do relato da mãe. |
| M. Righetti-Veltema et al. (2002) ²⁶ . Suíça | 570 mulheres com seus bebês aos 3 meses após nascimento | Mãe: Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) Criança: Escala de Bur e Escala de Guaraldi (relacionamento mãe-bebê) | Estudo de coorte com 3 etapas. As mulheres foram entrevistadas durante a gravidez e após o parto elas foram vistas com seus bebês aos 3 e 18 meses. O presente estudo focou nos resultados do 3º mês pós-parto. | Estes resultados mostraram que a capacidade da criança se comunicar foi afetada. As crianças filhas de mães deprimidas mostraram uma diferença significativa quanto a interação visual ($p < 0,001$) e interação vocal ($p < 0,01$) quando comparadas com filhas de mulheres não deprimidas. | Este estudo não considerou os fatores associados ao próprio bebê. |
| M. Righetti-Veltema et al. (2003) ²⁷ . Suíça | 70 díades mãe-bebês (35 casos, 35 controles) | Mãe: Edinburgh Postnatal Depression (EPDS) Criança: Escala de Bur e Escala de Guaraldi (relacionamento mãe-bebê); The Denver Developmental Screening Test; The Infant Behavior Record of the Bayley Scales of Infant Development; The Strange Situation e Object concept task | Estudo de caso-controle aninhado a uma coorte com o objetivo de verificar o impacto dos sintomas depressivo na mãe no período pós parto no desenvolvimento da criança aos 18 meses. | As díades consideradas caso demonstraram menos interação verbal ($p < 0,05$) que as controles. As crianças filhas de mulheres deprimidas executaram de forma inferior o conceito de objeto, foram mais inseguras em relação ao vínculo materno e menos capazes de combinar duas palavras, em comparação com as crianças filhas de mães não deprimidas. | Tamanho da amostra pequeno |

Tabela 1- Seleção dos estudos sobre o tema (continuação)

| Autor, ano e país | População estudada | Instrumentos utilizados | Metodologia | Resultados encontrados | Limitações |
|--|---|--|---|--|--|
| To et al. (2004) ⁶ . Canadá | 4987 crianças de 1 a 5 anos e suas mães biológicas | <p>Mães: Center of Epidemiologic Studies – Depression scale</p> <p>Crianças de 1 a 3 anos: Motor and Social Developmental</p> <p>Crianças de 4 a 5 anos: Peabody Picture Vocabulary</p> | Estudo de coorte com 2 etapas. O acompanhamento ocorreu 2 anos após a 1ª intervenção. | A prevalência de desenvolvimento infantil pobre foi de 4.6%. Os fatores associados foram sexo masculino (OR 1,37 – 1,10 a 1,70), depressão materna (OR 1,64 – 1,25 a 2,15), baixa educação materna (OR 1,57 – 1,19 a 2,08), mães imigrantes (OR 1,93 – 1,38 a 2,71) e baixa renda familiar (OR 1,43 – 1,11 a 1,83). | Foram utilizados instrumentos diferentes (de acordo com a idade) para avaliar as crianças. |
| Pan, Rowe, Singer, and Snow (2005) ² Inglaterra | 108 mães com bebês entre 1 e 3 anos | <p>Mães: Center of Epidemiologic Studies – Depression scale</p> <p>Criança: Produção do vocabulário- filmagem e observação</p> | Estudo transversal aninhado a uma coorte. | Crianças de mães deprimidas produziram cerca de 4 tipos de palavras a menos que de mães não-deprimidas aos 24 meses. Aos 36 meses a discrepância foi de 20 tipos de palavras. | O estudo incluiu somente famílias de baixa renda residentes na zona rural. |
| Ramchandra ni et al. (2005) ⁸ EUA | 8431 pais, 11833 mães e 10024 crianças de 42 meses. | <p>Mães e pais: Edinburgh Postnatal Depression (EPDS)</p> <p>Crianças: Rutter revised preschool scales</p> | Estudo de coorte sobre uma grande amostra populacional de pais e filhos. Mães e pais foram avaliados 8 semanas após o parto. Os pais foram reavaliados aos 21 meses. Os dados do bebê foram medidos aos 42 meses. | Resultados comportamentais e emocionais adversos foram associados com DPP materna (OR 2,76 – 2,14 a 3,55) e paterna (OR 2,09 – 1,42 a 3,08). Não houve diferença na magnitude do efeito entre meninos (OR 2,64 – 1,87 a 3,71) e meninas (OR 3,00 – 2,06 a 4,38) de mães deprimidas (p= 0,770). | A escala que avalia desenvolvimento é baseada no relato materno. |
| Black et al. (2007) ²¹ . EUA | 221 crianças de 6 a 12 meses e suas mães | <p>Mães: Center of Epidemiologic Studies – Depression scale; Infant Characteristics Questionnaire (ICQ)</p> <p>Crianças: Bayley Scales of infant mental development Version II.</p> | Estudo transversal | Sintomas depressivos maternos foram relacionados com a baixa pontuação na Bayley Scales Ao fim de 12 meses, os sintomas depressivos maternos foram associados a um menor desenvolvimento mental e motor. | As famílias residiam em zona rural com poucos recursos. Os autores consideraram a amostra pequena. |

Tabela 2 – Seleção de meta-análise e revisões de literatura sobre a influência da DPP no desenvolvimento infantil.

| Autor e ano | Estudos incluídos | Participantes | Desenho | Resultados | Limitações |
|---|---|--|---|---|--|
| Beck (1998) ¹² | 9 estudos publicados entre 1978 e 1995. | Estudos envolvendo medida de efeito de DPP e desenvolvimento cognitivo e/ou emocional de crianças com mais de 1 ano. | Meta-análise. Tamanho total da amostra foi de 1473 pessoas. 6 amostras de conveniência, 2 randomizadas e 1 combinada. | Em 4 estudos que controlaram para depressão atual, o tamanho médio do efeito foi de $d= 0,30$ quando controlaram para tamanho da amostra, e $d= 0,34$ quando controlaram para rigor metodológico. Efeito pequeno. | A idade das crianças variou de 1 a 14 anos, e muitos outros fatores acabam interferindo o desenvolvimento. |
| Grace, Evindar e Stewart (2003) ⁹ | 7 artigos sobre desenvolvimento cognitivo e 6 sobre comportamento, publicados a partir dos anos 90. | Pesquisas sobre o efeito da DPP no desenvolvimento cognitivo e comportamental de crianças, com até 7 anos de idade. | Revisão e análise crítica da literatura. | Há um pequeno efeito da DPP no desenvolvimento cognitivo, envolvendo linguagem e QI particularmente em meninos. Efeitos no comportamento podem persistir além dos 5 anos de idade. Depressão materna crônica ou recorrente, antes do parto, está relacionada com efeitos posteriores na criança. | |
| Goodman (2004) ¹¹ | 20 estudos publicados entre 1980 e 2002 | Artigos sobre depressão pós-parto em pais, a relação com a DPP em mães e as implicações para a saúde da família, durante o 1º ano. | Revisão-sistemática. | Quando um dos pais está deprimido o ambiente da criança é comprometido e há risco para o seu desenvolvimento. Quando ambos os pais estão deprimidos, o risco para a criança aumenta. | |
| Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. (2005) ⁷ | Artigos publicados entre 1988 e 2004 sobre depressão materna e desenvolvimento infantil | | Revisão de literatura | A qualidade da interação da díade parece ser influenciada pelo grau de severidade e duração dos sintomas depressivos, e isto causa alterações nos sistemas neuroendócrinos e comportamentais. As mães com depressão crônica apresentavam menos contato físico, visual e verbal na interação com seu bebê. | Não informa quantos artigos foram incluídos, entretanto é um dos poucos artigos nacionais sobre o tema. |

3.1 Estratégias de busca:

- **Pubmed- busca realizada por palavras:**

#1- Development: 1268907 resumos

#2- Development and Language: 22843 resumos

#3- Development and Language and Mother Depression: **59 resumos**

#4- Post-Partum Depression: 2885 resumos

#5- Post-Partum Depression and Vocabulary: **3 resumos**

#6- Early Development: 143423 resumos

#7- (Early Development) and (#4): **105 resumos**

- **SCIELO- busca realizada por palavras**

#1- Depressão materna: 6 resumos

#2- Depressão materna and Desenvolvimento: **3 resumos**

- **LILACS- busca realizada por palavras**

#1- Child development: 3584 resumos

#2- Child development and postpartum depression: **5 resumos**

Para enriquecer a busca, foram analisadas as referências dos artigos selecionados.

IV. MÉTODOS

4.1. Delineamento:

Será realizado um estudo do tipo transversal aninhado a uma coorte. Este projeto faz parte de uma pesquisa maior intitulada Estudo de Coorte no Período Perinatal com famílias de Pelotas.

4.2 Amostra:

A amostra deste estudo será constituída por mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, da cidade de Pelotas/ RS, e tiverem os seus bebês entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008. Assim como, os bebês oriundos desta gestação, ou seja, a amostra será constituída de díades (mães e filhos).

Para detecção da amostra são realizadas buscas semanais no cadastro do Programa SIS- Pré-Natal na Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas e em duas unidades básicas de saúde que não fazem parte do programa. O único critério de exclusão será não residir na zona urbana da cidade de Pelotas.

4.2.1 Cálculo da amostra

Tabela 3: Simulação do cálculo amostral

| Atraso no desenvolvimento da linguagem | Prevalência de não expostos/ Expostos * | Razão de Prevalência ** | N da amostra | + 10% para perdas e recusas |
|---|--|--------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| 30% | 4/1 | 3 | 120 | 132 |
| 25% | 4/1 | 3 | 150 | 165 |
| 20% | 4/1 | 3 | 200 | 220 |
| 30% | 4/1 | 2 | 390 | 429 |
| 25% | 4/1 | 2 | 490 | 539 |
| 20% | 4/1 | 2 | 635 | 699 |

* Dado referente à prevalência de DPP na cidade de Pelotas.

** Dado baseado ao encontrado na literatura ⁸.

Na revisão de literatura não foi encontrada a prevalência de atraso no desenvolvimento da linguagem, por este motivo, os dados acima foram simulados com base na prevalência e razão de prevalência do desenvolvimento infantil ⁸. Para tal foi utilizado um nível de significância de 95% e um poder de associação de 80%. Sendo assim, a maior amostra necessária (com prevalência de 20% no atraso do

desenvolvimento da linguagem, 20% de exposição à depressão materna, razão de prevalência de 2,0 e mais 10% para perdas/recusas) será de 699 díades.

4.3 Instrumentos:

Os instrumentos utilizados nesta etapa com a mãe serão: um questionário composto por variáveis referentes a condições econômicas, escolaridade, dados sobre a saúde, parto e desenvolvimento do bebê (ANEXO A); a Escala EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) e o MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

A EPDS (ANEXO B) é uma escala auto-aplicada utilizada para screening da Depressão pós-parto; contém 10 questões em formato de respostas do tipo Likert. A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. O estudo de validação da EPDS realizado na cidade de Pelotas-RS, com ponto de corte de 10 pontos encontrou uma sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%²⁸.

O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. Nesta pesquisa utilizaremos somente a sub-escala sobre Transtorno Depressivo, que identifica se o episódio é atual ou passado²⁹.

Os instrumentos utilizados nesta etapa com a mãe serão: um questionário composto por variáveis referentes a condições econômicas, escolaridade, dados sobre a saúde, parto e desenvolvimento do bebê e a sub-escala de linguagem do *Bayley Scales of Infant Development III* (BSID-III).

Os Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo foram desenvolvidos para fornecer informações sobre o curso do desenvolvimento lingüístico, desde os primeiros sinais gestuais não-verbais até a expansão do vocabulário inicial e o início da gramática, sendo a princípio elaborado para fins de pesquisa e, posteriormente utilizado para fins clínicos. O instrumento é composto por dois formulários: um para crianças de 8 a 16 meses de idade, denominado Palavras e Gestos, e outro para

crianças de 16 a 30 meses, denominado Palavras e Sentenças³⁰. Este protocolo é baseado no relato materno sobre as vocalizações e gestos que a criança já realiza.

A primeira versão, em inglês, desse instrumento é o Bates Early Language Inventory (BATES). Como referência, para fins de informação sobre validade e fidedignidade, a consistência interna foi alta para as escalas e escores Alfa acima de 0,90. A fidedignidade e o teste-reteste foram acima de 0,85. Foram relatados estudos de validade de critério com diversos instrumentos e avaliações no laboratório que variaram de 0,33 a 0,85, com média de 0,61³¹.

A escala de linguagem do Bayley-III é composta por itens sobre comunicação receptiva e expressiva. A sub-escala de comunicação receptiva inclui itens que avaliam o desenvolvimento do vocabulário, habilidade para identificar objetos e figuras, identificar e discriminar sons e entendimento de pronomes e plural. Também inclui itens que medem a compreensão verbal. A sub-escala de comunicação expressiva inclui itens que avaliam a comunicação pré-verbal como balbúcio e gestos. Quanto à validade e fidedignidade, os coeficientes de consistência interna para as escalas de comunicação receptiva e expressiva foram 0,87 e 0,91 respectivamente³².

As Escalas Bayley são amplamente utilizados em pesquisas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, apesar de ainda não haver uma padronização nacional³³. A tradução da BSDI-III é um dos projetos em andamento na Universidade de Brasília e a validação está sendo realizada por uma equipe da Universidade de Campinas, com isso, neste projeto será utilizado o instrumento norte-americano.

4.4 Definições das variáveis:

- **Variável dependente:**

| V.D. | Tipo de variável |
|-------------------------------|------------------|
| Desenvolvimento da linguagem. | contínua |

- **Variável independente:**

| V.I. | Escala | Tipo de variável |
|---|--|--------------------|
| Depressão materna entre 30 e 90 dias após o parto | 0 a 9 pontos: Sem depressão 10 ou mais: Com depressão | Dicotômica/ordinal |

4.5 Pessoal envolvido

A equipe é composta por 2 mestrandas, 1 “batedor” e sete bolsistas de Iniciação científica dos cursos de Psicologia e Medicina da UCPel. Estes acadêmicos foram treinados e participam de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. Os aplicadores são “cegos” quanto aos objetivos do estudo.

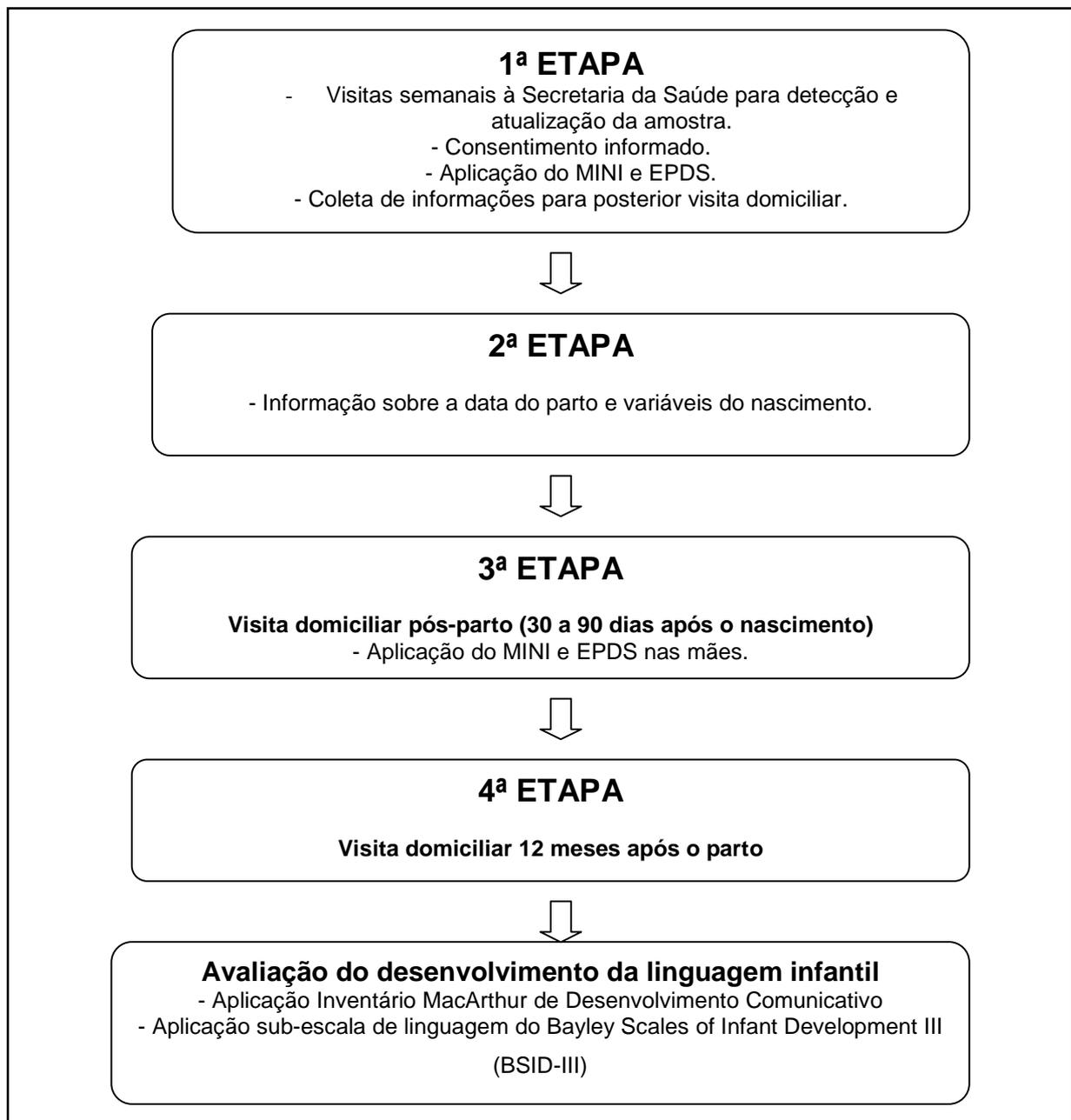
4.6 Estudo-piloto:

Os questionários da mãe e do bebê já estão sendo aplicados, pois fazem parte do estudo maior. Os primeiros 30 bebês que tiverem o desenvolvimento da linguagem avaliado não farão parte da amostra.

4.7 Logística:

A coleta de dados é realizada em cinco momentos distintos, como podemos observar no fluxograma abaixo:

Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados.



Após a captação da amostra, já descrita no item 4.2, é repassada uma lista com os nomes e endereços das mulheres para um auxiliar de pesquisa fazer uma visita domiciliar com o objetivo de localizar e confirmar os dados destas gestantes. Com essa identificação, uma ficha com os dados das gestantes é encaminhada para os

entrevistadores, para uma posterior visita em que são aplicados os instrumentos para detectar sintomas depressivos nas gestantes.

Uma previsão dos nascimentos é feita de acordo com a idade gestacional e a data da captação. No mês em que a criança deveria nascer, entramos em contato com a mãe, pai ou outro membro da família para obter a data exata do parto. Nos casos em que não conseguimos contato telefônico com a família, a data de nascimento é verificada no cadastro do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pelotas.

Na 3ª etapa, o pós-parto, que já está em andamento, são realizadas visitas domiciliares para preenchimento do instrumento com a mãe.

A 4ª fase do estudo iniciará no mês de Setembro/08. A coleta dos dados da mãe e do bebê será feita pelos bolsistas. A avaliação dos bebês será feita por duas psicólogas, treinadas para a utilização do instrumento.

4.8 Controle de Qualidade:

O controle de qualidade da terceira fase está sendo implementado, será sorteado em torno de 20% das mulheres entrevistadas e o coordenador do projeto entrará em contato por telefone para verificar se realmente ocorreu a visita do entrevistador.

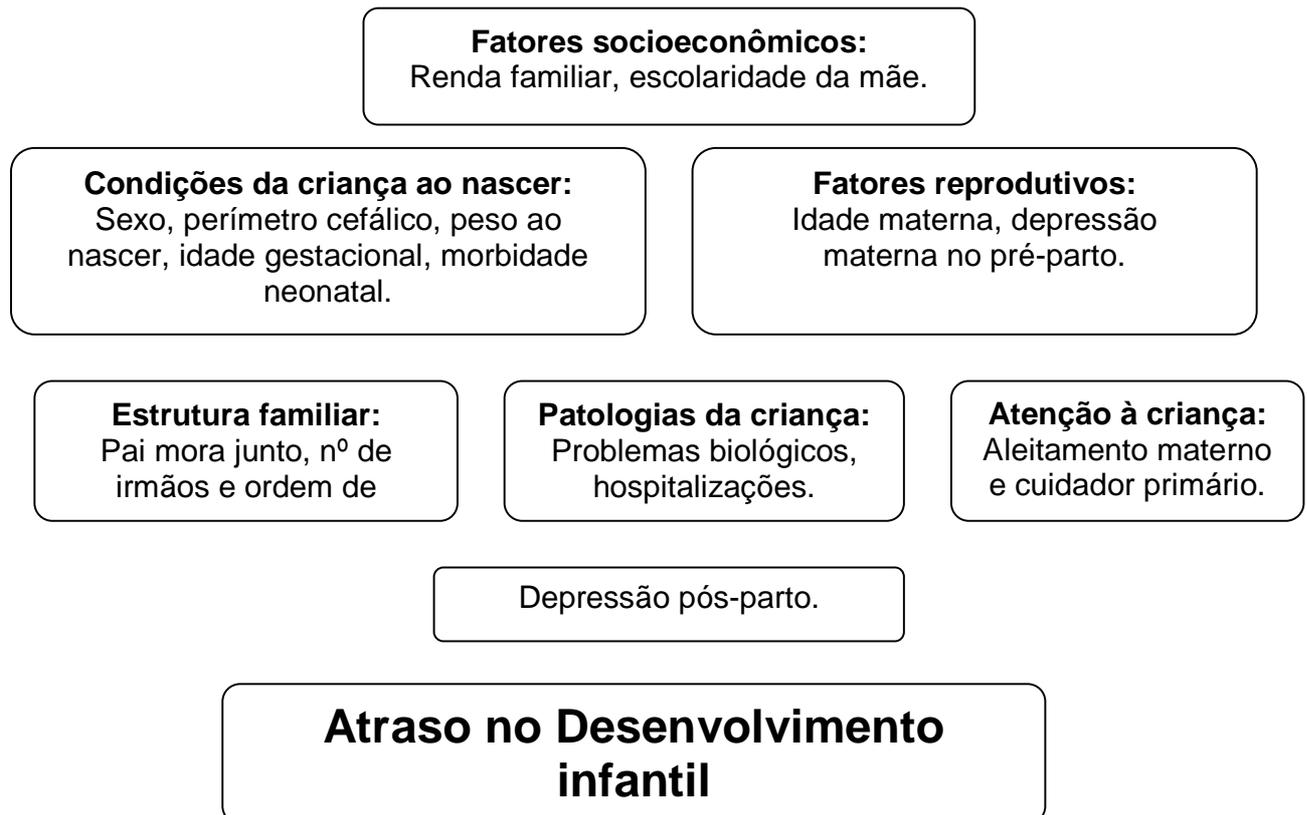
4.9 Processamento e análise dos dados:

Os questionários já entregues estão sendo codificados e digitados concomitantemente por outra equipe. Está sendo realizada dupla digitação dos dados no programa Epi Info 6, para posterior análise dos dados no pacote estatístico SPSS 10.0 for Windows.

Será realizada uma análise univariada, para conhecermos as características das mulheres e bebês que entrevistamos, como a prevalência de depressão materna e de problemas de linguagem na criança. Na análise bivariada será utilizado o teste t para comparação entre médias.

Pelo fato do desenvolvimento infantil ser determinado por diversas variáveis, será feita uma análise multivariada por regressão linear considerando os possíveis fatores de confusão (Figura 2), em especial a situação socioeconômica da família.

Figura 2 – Proposta inicial de modelo teórico de análise



4.10 Divulgação dos Resultados:

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigos sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.11 Considerações éticas:

Neste protocolo de pesquisa são respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. As mulheres receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Consentimento livre e esclarecido” (ANEXO C). A participação da criança fica a critério da mãe ou do pai, pois estes são os representantes legais do bebê.

Será assegurado o direito a confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As intervenções realizadas trazem benefícios à díade, pois são avaliadas e, quando necessário, encaminhadas para atendimento imediato. As mães que apresentarem sintomas depressivos, em qualquer fase do estudo, receberão encaminhamento (ANEXO D) para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde da UCPel, enquanto os bebês que possuírem indicativo de prejuízo no desenvolvimento serão encaminhados para a Clínica Psicológica da UCPel.

4.12 Cronograma:

| Atividades | 1* | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|-------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Revisão de Literatura | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Treinamento das escalas | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo piloto | | | x | x | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabalho de campo 12 meses | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | |
| Codificação dos questionários | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Digitação dos dados | | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | |
| Análise dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x |
| Divulgação dos resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x |

* O mês 1 refere-se a Junho/06

V. REFERÊNCIAS

1. Sheena Reilly PE, Edith L Bavin, Melissa Wake, Margot Prior, Joanne Williams, Lesley Bretherton YBaOCU. Growth of infant communication between 8 and 12 months: A population study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2006; 42:764–770.
2. Pan BA, Rowe ML, Singer JD, Snow CE. Maternal Correlates of Growth in Toddler Vocabulary Production in Low-Income Families. *Child Development*. 2005; 76(4):763-782.
3. Schwengber DDS, Piccinini CA. O Impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia* 2003; 8 (3): 403-411.
4. Field T. Maternal Depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine* 1998; 27: 200-203.
5. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.
6. To T, Guttmann A, Dick PT, Rosenfield JD, Parkin P, Tassoudji M, Vydykhan TN, Cao H, Harris JK. Risk markers for poor development attainment in young children. *Archives Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 643-649.
7. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do RS maio/ago 2005; 27 (2): 165-176.*

8. Ramchandani P, Stein A, O`connor TG and the ALSPAC Study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet* 2005; 365 (june 25): 2201-2205.
9. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives Womens Helth* 2003; 6: 263-274.
10. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* 2005 10 (1): 61-68.
11. Goodman JC. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45 (1), 26-35.
12. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998; 12 (1): 12-20.
13. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronity, severity and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology* 2000; 36(6): 759-766.
14. Preston SLS, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and family psychology review* 2006; 9 (1): 65-83.
15. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria* 2003; 79 (supl. 1): 533-542.
16. Lopes RCS, Oliveira DS, Vivian AG, Bohmgahren LMC, Piccinini CA, Tudge J. Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses:

convivendo com as novas aquisições infantis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2007; 23 (1): 005-016.

17. Andrade SA, Santos DV, Bastos AC, Pedromônico MRM, Filfo NA e Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública* 2005; 39 (4): 606-611.
18. Preston SLS, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and family psychology review* 2006; 9 (1): 65-83.
19. Weinberg MK, Tronick E. Emotional Characteristics of Infants Associated With Maternal Depression and Anxiety. *Pediatrics* 1998; 102 (5): 1298-1305.
20. Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Parental depression: Animal models of an adverse life event. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159 (8): 1265- 1283.
21. Black MM, Baqui AH, Zaman K, McNary SW, Le K, Arifeen SE, et al. Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: implications for infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(8):764-772.
22. Paavola L, Kunnari S, Moilanen I. Maternal responsiveness and infant intentional communication implications for the early communicative and linguistic development. *Child: Care, Health & Development* 2005;31(6):727-735.
23. Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Newman, G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000; 20: 561 – 592.
24. Bettles, BA. Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development* 1988; 59:1089-1096.

25. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33 (3): 543-561.
26. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders* 2002; 70: 291-306.
27. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003;12(2):75-83.
28. Santos IS et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas birth cohort (a ser publicado).
29. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.
30. Silva CTS. Considerações em torno da adaptação do protocolo Palavras e gestos do Inventário MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo [periódico na Internet]; [aproximadamente 19 p.]. Disponível em: <http://www.inventario.ufba.br/05/pdf/csilva.pdf>
31. Larry D, Philip S, Resnick J, Bates E, Thal DJ, Pethick S. Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994; 59 (5): 242-261.
32. Bayley N. Manual for the Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition. San Antônio, TX: PsychCorp; 2006.

33. Theuer RV, Mendoza CEF. Avaliação da inteligência na primeira infância. Psico USF 2003; 8 (1): 21-32.

VI. ANEXOS

ANEXO A – Proposta de questionário sobre o bebê

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

Questionário bebês

| | |
|--|-------------------|
| 1- Questionário n°: _____ | N _____ |
| 2- Nome: _____ | NOME _____ |
| 3- Nome da mãe: _____ | NOMEM _____ |
| 4- Nome do pai: _____ | NOMEP _____ |
| 5- Data de nascimento: ____/____/____ | DN ____/____/____ |
| 6- Sexo: (1) Masculino (2) Feminino | SEXO ____ |

ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança!

| | |
|---|----------------------|
| 7- Peso ao nascer: _____ KG | PESON __, ____ |
| 8- Comprimento ao nascer: _____ CM | COMPN ____ |
| 9- Peso atual: _____ KG | PESOAT __, ____ |
| 10- Comprimento atual: _____ CM | COMPAT ____ |
| 11- APGAR: ____/____/____ | APGAR ____/____/____ |
| 12- Perímetro cefálico: _____ CM | PERCEF ____ |
| 13- Quantas semanas de gravidez a senhora alcançou? _____ | SEMANAS ____ |

| | |
|---|-------------|
| 14- O bebê nasceu no tempo? (1) Sim (2) Não | ATERMO ____ |
|---|-------------|

| | |
|---|--------------|
| 15- A criança nasceu com alguma síndrome ou problema? (1) Sim (2) Não | PROBLEM ____ |
|---|--------------|

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 16- Se sim, qual? _____ _____ | QUAL ____ |
|-------------------------------------|-----------|

| | |
|---|----------|
| 17- Necessitou ficar na UTI após o parto? (1) Sim (2) Não | UTI ____ |
|---|----------|

| | |
|---|-------------|
| 18- O bebê adoece com frequência? (1) Sim (2) Não – pular para a questão 20 | DOENTE ____ |
|---|-------------|

| | |
|---|---|
| 19- Se sim, quantas vezes ele ficou doente no último mês? _____ | |
| 20- Que tipo de doenças costuma ter agora? _____ _____ | VEZMES __ __ DOENCA __ __ |
| 21- Faz uso de algum (s) medicamento(s) no momento? (1) Sim (2) Não | MEDICAM __ |
| 22- Se sim, quais? _____ _____ | MEDQUAL __ __ |
| 23- Quantas consultas médicas neste primeiro ano? _____ | CONSULT __ __ |
| 24- Houve necessidade de internação alguma vez? (1) Sim (2) Não - pular para a questão 26 | INTERN __ __ |
| 25- Por qual motivo? _____ _____ | INTERPQ __ __ |
| 26- Sofreu algum tipo de acidente (quedas, queimaduras...)? (1) Não (2) Sim. Qual? _____ | ACIDENTE __ QACIDENT __ __ |
| 27- Com quantos meses o bebê: Firmou a cabeça: _____ Sentou-se sozinho: _____ Engatinhou: _____ Caminhou: _____ | FIRMCAB __ __ SENTAR __ __ ENGAT __ __ CAMIN __ __ |
| 28- A criança dorme quantas horas por dia? _____ | HORASON __ __ |
| 29- Consegue dormir uma noite inteira? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Nunca | DORMENO __ |
| 30- Tem horário para dormir e levantar? (1) Sim (2) Não | HDEL __ |
| 31- Atualmente dorme: (1) Tranquilo (1) Sim (2) Não (2) Grita (1) Sim (2) Não (3) Fala (1) Sim (2) Não (4) Bate-se (1) Sim (2) Não (5) Muda de lugar (1) Sim (2) Não | TRANQ __ GRITA __ FALA __ |

(6) Tem pesadelos (1) Sim (2) Não

32- O bebê está mamando no seio atualmente?

(1) Sim – Pular para a questão 35. (2) Não

33- Se não:

Até quando mamou? _____

34- Qual foi o motivo do desmame ou do bebê nunca ter mamado?

35- Com quantos meses foi introduzido:

Outros líquidos (chá, água...): _____

Outros alimentos (frutas, papinha...): _____

36- A mãe do bebê trabalha atualmente?

(1) Sim (2) Não

37- Se sim, quantas horas por dia, em média? _____

38- E o pai?

(1) Sim (2) Não

39- Quem cuida da criança a maior parte do tempo?

(1) Mãe (2) Pai (3) Avó

(4) Irmãos () Outra pessoa: _____

40- Quais as tarefas do pai nos cuidados do filho?

41- O bebê fica em alguma creche?

(1) Sim (2) Não

42- Possui contato com outras crianças?

(1) Sim (2) Não

BATE __
MU DLUG __
PESADE __

MAMA __

ATEQDO __ __

DESMPQ __ __

LIQUI __ __

ALIMEN __ __

MAETRAB __

QTHORAS __ __

PAI __

CUIDA __

OUTRA __ __

TARPAI __ __

CRECHE __ __

CONTCRIA __

ANEXO B - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

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 tenho pensado no futuro com alegria.**
 - () Sim, como de costume.
 - () Um pouco menos que de costume.
 - () Muito menos que de costume.
 - () Praticamente não.

3. **Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado.**
 - () Não, de jeito nenhum.
 - () Raramente.
 - () Sim, às vezes.
 - () Sim, muito freqüentemente.

4. **Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.**
 - () Sim, muito seguido.
 - () Sim, às vezes.
 - () De vez em quando.
 - () Não, de jeito nenhum.

5. **Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.**
 - () Sim, muito seguido.
 - () Sim, às vezes.
 - () Raramente.
 - () Não, de jeito nenhum.

6. **Eu tenho me sentido sobrecarregada 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.
 - () Raramente.
 - () Não, nenhuma vez.

8. **Eu tenho me sentido triste ou muito mal.**

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, muitas vezes.
- Raramente.
- Não, de jeito nenhum.

9. **Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.**

- Sim, a maior parte do tempo.
- Sim, muitas vezes.
- Só de vez em quando.
- Não, nunca.

10. **Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.**

- Sim, muitas vezes.
- Às vezes.
- Raramente.
- Nunca.

ANEXO C – Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO, PUERPÉRIO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo medir os sintomas depressivos, ansiosos e fatores que possam estar associados aos mesmos em gestantes e puérperas, ainda se propõe a avaliar os níveis de bem-estar; auto-estima e qualidade de vida.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por nossas pesquisadoras. A senhora será procurada por nossa equipe, novamente, entre 30 a 90 dias após o parto e quando seu bebê estiver com 12 meses de idade; sendo que nesta ocasião o desenvolvimento da criança também será avaliado.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade e a de sua família.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta risco significativo ao seu estado de saúde, nem do seu bebê, mas permitirá a identificação de sinais para alguns problemas de ordem psicológica. Se os instrumentos aplicados detectarem sintomas depressivos e ansiosos elevados, você será encaminhada para atendimento psiquiátrico no Ambulatório do Campus II da Saúde da UCPel. Caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento do seu filho, aos 12 meses, ele será encaminhado para atendimento na Clínica Psicológica da UCPel. Em caso de constatação de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas ou outras substâncias, será encaminhada para atendimento no devido local da rede pública de saúde.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os psicólogos coordenadores do projeto, através dos números (053)8118-2197 ou (053) 8113-2049, ou no Mestrado em Saúde e Comportamento (2128-8404).

Declaração da Cliente:

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de Responsabilidade do Investigador:

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Investigador responsável: _____

Data: ____/____/____

Fase do estudo: _____

ANEXO D – Encaminhamentos

ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO
PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

ENCAMINHAMENTO AO PSQUIATRA

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre o meu risco de vida, e por isso fui encaminhada para atendimento psiquiátrico no Campus II da Saúde (antigo hospital Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da paciente

Assinatura da pesquisadora

ESTUDO SOBRE SAÚDE E COMPORTAMENTO DE MULHERES NO
PERÍODO PRÉ E PÓS-PARTO.

ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre um indicativo de atraso no desenvolvimento do (a) _____, e por este motivo fui encaminhada para avaliação na Clínica Psicológica da UCPel, localizada na rua Almirante Barroso, nº 1202.

Horários de atendimento: Segunda a sexta-feira das 8:30 às 11:30 e das 13:30 às 18 horas.

Assinatura da mãe ou responsável

Assinatura da pesquisadora

NOTA: A presente dissertação apresenta diferentes instrumentos de avaliação da depressão materna e da linguagem infantil entre o projeto qualificado e o artigo. O projeto inicial foi apresentado com a utilização da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), enquanto que o artigo final avaliou a depressão através da MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Essa mudança foi realizada, em virtude da qualidade do diagnóstico, pois a EPDS é utilizada como *screening* e a MINI é como diagnóstico. Os Inventários Macarthur de desenvolvimento Comunicativo foram excluídos do estudo por falta de acesso ao instrumento.

TÍTULO: O Impacto da Depressão Materna Pós-parto no Desenvolvimento da Linguagem de Bebês aos doze meses: Estudo longitudinal

TÍTULO ABREVIADO: O Impacto da Depressão Materna Pós-parto no Desenvolvimento da Linguagem

AUTORES: Luciana de Ávila Quevedo

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento.

Rua Almirante Barroso, 1202. Sala G 109.

Pelotas/RS - Brasil

CEP 96010-208

RESUMO

Introdução: A aquisição da linguagem é uma das mais importantes realizações do desenvolvimento. Muito antes da linguagem verbal, a criança desenvolve uma série de habilidades e comportamentos que lhe permitem construir toda a competência da comunicação. Fatores que envolvem ambiente, situação socioeconômica e interação com os pais interferem na aquisição do vocabulário da criança. Entre os fatores interativos, a depressão pós-parto (DPP) pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em consequência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. **Objetivo:** Analisar o efeito da cronicidade da depressão materna no desenvolvimento da linguagem de bebês aos doze meses. **Métodos:** O delineamento deste estudo foi longitudinal. Foram captadas mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas/RS. As mães foram entrevistadas duas vezes: no período de 30 a 90 dias após o parto e aos doze meses da criança, quando estas também foram avaliadas. Para diagnosticar a depressão materna foi utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e para avaliar o desenvolvimento infantil foi utilizada a Escala de Linguagem do *Bayley Scales of Infant Development III* (BSID-III). **Resultados:** Foram acompanhadas 296 díades. A depressão materna tanto no pós-parto quanto no momento da avaliação foi associada de forma significativa com o desenvolvimento da linguagem dos bebês aos doze meses de idade. Esse impacto foi acentuado quando relacionado à cronicidade do transtorno. Mulheres mais velhas, com mais de dois filhos e cuidadoras primárias da criança foram fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem infantil. **Conclusão:** Os achados indicam que a idade

materna, paridade, cuidador principal e cronicidade da DPP estão associados com o desenvolvimento da linguagem do bebê.

Descritores: Depressão pós-parto, depressão materna, cronicidade, desenvolvimento infantil, desenvolvimento da linguagem.

ABSTRACT

Introduction: The language is one of the most important acquisitions of development. Before verbal language, the child develops a range of skills and behaviors that let you build all communication. Factors as environmental, socioeconomic status and interaction with parents interfere with the acquisition of the vocabulary of the child. Among interactive variables, postpartum depression (PPD) can impact negatively on the establishment of the first interactions with the child and, consequently, in emotional, social and cognitive development. **Objective:** To analyze the effect of the mother's depression chronicity on the language development of child to twelve months. **Methods:** This is a longitudinal study The participants of this study were mothers that had prenatal care on Sistema Único de Saúde (SUS) at Pelotas city, state of Rio Grande do Sul, Brazil. The mothers were interviews in two different moments: from 30 to 90 days after delivery and at twelve months of the child when they were also evaluated. To diagnose maternal depression we used the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and to assess child development was used to scale the language of Infant Development Bayley Scales III. **Results:** We followed 296 dyads. Maternal depression in both postpartum as at the time of assessment was significantly associated with the language development of infants at twelve months of age. This impact was accentuated when related to the chronicity of the disorder. Older women, with more than two children and primary caregiver of children were risk factors for the language development. **Conclusion:** The findings indicate that maternal age, parity, primary caregiver and chronicity of PPD are associated with the language development of the child. **Keywords:** Postpartum Depression, mother's depression, chronicity, child development, language development.

INTRODUÇÃO

O final do primeiro ano de vida caracteriza-se como um momento importante do desenvolvimento infantil, uma vez que a criança apresenta novas aquisições em termos de linguagem, locomoção e exploração do ambiente¹.

A aquisição da linguagem é uma das mais importantes realizações do desenvolvimento. No entanto, muito antes da linguagem verbal, a criança desenvolve uma série de habilidades e comportamentos que lhes permitem construir toda a competência da comunicação nos primeiros doze meses de vida. O desenvolvimento da comunicação verbal é uma das aprendizagens mais complexas que muitas crianças não conseguem realizar com sucesso².

Alguns fatores interferem na aquisição do vocabulário da criança, como fatores relativos ao ambiente, à situação socioeconômica e à interação com os pais³. A atenção compartilhada entre mãe e bebê é considerada base para o crescimento da comunicação e, dos relacionamentos⁴.

Entre os fatores interativos, a depressão pós-parto tem sido abordada por inúmeras investigações nas últimas décadas⁵, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno que se manifesta a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Os sintomas mais comuns são: desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações no sono, idéias suicidas, bem como diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental, além de presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas e a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações^{4,6}. Um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano 2000,

encontrou uma prevalência de DPP em 19,1% das mães. Este índice está de acordo com os dados encontrados na literatura que varia de 10 a 20% ⁶.

Sabe-se que a Depressão Pós-Parto pode ter conseqüências negativas para ambos, mãe e criança. Neste contexto, a habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades da criança fica muito prejudicada, de modo que se revela de extrema importância e por este motivo é de extrema importância investigar os efeitos da DPP na prole.

Diversos estudos confirmam a hipótese de que uma mãe deprimida pode afetar negativamente o desenvolvimento do seu filho⁷⁻¹³. Entretanto, devido a limitações do delineamento adotado, poucos estudos avaliam separadamente as três características do transtorno: cronicidade, gravidade e tempo do episódio. O impacto sobre o desenvolvimento infantil é diferenciado segundo a quantidade de tempo em que a criança é exposta ao transtorno, à gravidade do sintoma materno e o momento da exposição ^{14,15}.

A mãe deprimida freqüentemente não tem um padrão de cuidado do bebê suficientemente bom, principalmente quando a depressão se estende por vários meses. A qualidade da interação parece ser influenciada de forma significativa pelo grau de gravidade, pela duração dos sintomas depressivos e pelo padrão comportamental da mãe com o bebê⁸.

Em nosso meio, os estudos sobre o tema são escassos, o que devido à diferença cultural e econômica pode ter um impacto distinto em nossa população. Este estudo objetivou avaliar qual repercussão de uma mãe deprimida durante o primeiro ano de vida no processo de desenvolvimento da linguagem do seu bebê.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo longitudinal, com mães e bebês aos doze meses de idade, em que foi avaliada a relação entre a depressão pós-parto materna e o desenvolvimento da linguagem dos bebês. A amostra foi constituída por mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas/ RS e tiveram os seus bebês entre Setembro de 2007 e Setembro de 2008. Assim como, os bebês oriundos desta gestação, ou seja, a amostra foi constituída de díades (mães e filhos).

Para detecção da amostra, foram realizadas buscas semanais no cadastro do Programa SIS- Pré-Natal na Secretaria Municipal da Saúde de Pelotas e em duas Unidades Básicas de Saúde que não faziam parte do programa. O único critério de exclusão foi “não residir na zona urbana da cidade de Pelotas”.

Na revisão de literatura não foi encontrada a prevalência de atraso no desenvolvimento da linguagem. Por esse motivo, os dados foram simulados com base na prevalência e na razão de prevalência do desenvolvimento infantil⁸. Para tais foram utilizados um nível de significância de 95% e um poder de associação de 80%. Sendo assim, a amostra necessária (com prevalência de 20% no atraso do desenvolvimento da linguagem, 20% de exposição à depressão materna, razão de prevalência de 3,0 e mais 10% para perdas/recusas) seria de 220 díades.

As mulheres foram avaliadas em dois momentos distintos: a primeira entrevista foi realizada no período pós-parto, quando, após receberem informações a respeito dos objetivos da pesquisa, assinaram o “Consentimento Livre e Esclarecido” e responderam a uma entrevista clínica semiestruturada para avaliar depressão. Entre dez e doze

meses após esta primeira entrevista, as mães foram novamente visitadas em suas residências. Elas responderam a um questionário contendo variáveis socioeconômicas, além de questões sobre o parto e o primeiro ano de vida do bebê, para controle dos fatores de confusão. Para maior confiabilidade dos dados, algumas informações como a idade gestacional, o peso e o comprimento do bebê, o APGAR e o perímetro cefálico foram retiradas da “carteirinha” da criança. O diagnóstico de depressão também foi realizado nesse segundo momento.

Foram considerados prematuros os bebês que nasceram com até 36 semanas e baixo peso os recém-nascidos de até 2,499 gramas. Alguns bebês apresentaram problemas no parto, tais como doenças do aparelho respiratório, cardiovascular, endócrino-metabólicas e neurológicas. Esta variável foi recodificada em duas categorias: presença ou ausência de problemas ao nascer.

A paridade foi dividida em dois grupos: um deles contendo as famílias que tinham até dois filhos e outro grupo com as que tinham três ou mais. O cuidador primário, principal responsável pelos cuidados da criança, foi denominado em primeiro lugar somente a mãe, em segundo lugar a mãe uma parte do tempo; ou outros familiares, babá ou creche. Quanto à amamentação, foi construída uma variável dicotômica. As crianças que foram amamentadas por pelo menos seis meses, de forma exclusiva ou com a inclusão de outros líquidos e alimentos, fazem parte de um grupo; o outro foi formado por crianças que nunca mamaram ou que mamaram até os cinco meses. O número de vezes que o bebê ficou doente foi agrupado em duas categorias: os bebês que ficaram doentes nenhuma ou uma vez no mês, outro grupo, os que ficaram doente duas vezes ou mais nos últimos 30 dias.

Foi utilizada a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹⁶ para avaliar o nível socioeconômico das famílias. Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E). Neste estudo, a ABEP foi dividida em três grupos (A e B, C, D e E). A idade materna foi dividida em três categorias: até 19 anos, 20 a 35 anos e 36 anos ou mais.

A presença de depressão nas mães foi investigada através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)¹⁷. O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. O MINI compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social.

A variável que avaliou a cronicidade foi construída da seguinte forma: o primeiro grupo foi formado por mães que não estavam deprimidas em nenhuma das avaliações; o segundo grupo foi constituído por mulheres que estavam deprimidas apenas no período pós-parto; o terceiro grupo foi composto por mães que estavam deprimidas no momento em que os bebês foram avaliados e; o quarto grupo incluiu mulheres que estiveram deprimidas nos dois momentos (pós-parto e na avaliação do bebê).

Os bebês foram avaliados concomitantemente à segunda avaliação das mães. Foi utilizada a escala de linguagem do *Bayley Scales of Infant Development III* (BSID-III). As Escalas Bayley são amplamente utilizadas em pesquisas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, apesar de ainda não haver uma padronização nacional¹⁸.

A escala da linguagem é composta por itens sobre comunicação receptiva e expressiva. A subescala de comunicação receptiva inclui itens que avaliam o

desenvolvimento do vocabulário, a habilidade para identificação de objetos e figuras, identificação e discriminação sons e entendimento de pronomes e plural. Também inclui itens que medem a compreensão verbal. A subescala de comunicação expressiva inclui itens que avaliam a comunicação pré-verbal como balbúcio e gestos. Neste estudo, foi utilizado como desfecho o escore composto total das duas subescalas (comunicação receptiva e expressiva). As tarefas às quais os bebês são submetidos estão de acordo com o que é esperado para cada faixa etária, sendo que o teste recomenda que a idade do bebê seja ajustada nos casos de nascimento prematuro. O escore composto ponderado, considerado normal pela validação do teste, é de 85 a 114 pontos.

Duas equipes distintas foram responsáveis pelas avaliações das díades. As mães foram entrevistadas por estudantes de graduação da área da saúde, treinados e supervisionados pela equipe técnica para esclarecimento do trabalho de campo. A avaliação dos bebês foi realizada por duas psicólogas treinadas e supervisionadas por uma profissional com experiência na aplicação do instrumento utilizado. As psicólogas, no momento da avaliação com os bebês, desconheciam o diagnóstico da mãe.

Após a coleta de dados, foi realizada dupla digitação no programa EPI-INFO 6.04 e foi feita uma comparação para que as inconsistências fossem solucionadas. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS 10.0 for windows para a análise dos dados. Foi realizada análise univariada por frequência simples para conhecer as características da amostra e análise bivariada (teste t) para comparação entre médias. Dado que o atraso no desenvolvimento da linguagem do bebê é influenciado por diversas variáveis, foi realizada uma Regressão Linear para controle dos possíveis fatores de confusão. Para

a análise multivariada, foi utilizado um modelo hierárquico previamente proposto. (FIGURA 1)

O critério para inclusão das variáveis no modelo final foi possuir um $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidoras da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadoras da associação.

A investigação foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas de acordo com as normas vigentes (CONEP-Res196/96).

RESULTADOS

Foram identificadas 342 mulheres. Destas, 5.5% (19) recusaram-se a responder a entrevista ou mudaram de endereço no período pós-parto. Houve 7.95% (27) de perdas ou recusas na segunda avaliação. Ao final, chegou-se a uma amostra de 296 díades, havendo uma perda total de 13.45% (46).

A Tabela 1 mostra as características da amostra. Em relação ao nível socioeconômico, a maioria das famílias, 50.9% (143), pertenciam ao nível C. As mães tinham em média 27.61 anos ($DP \pm 12.34$) e 16% delas não moravam com o pai do bebê. Em relação à estrutura familiar, 71.1% das famílias tinham três ou mais filhos e grande parte das mães (74%) era a cuidadora primária do bebê. Quanto à depressão materna, 16.6% estavam deprimidas na primeira avaliação e 18% na segunda. No que se refere à cronicidade, 74.5% das mulheres não estavam deprimidas nas duas

avaliações; 8,8% das mães apresentaram depressão apenas no período pós-parto; 7.9% encontravam-se deprimidas no momento da segunda avaliação e 8.8% nos dois momentos em que foram avaliadas.

Os bebês, na maior parte, eram do sexo masculino (52.6%), nasceram com peso acima de 2,5 kg (90.2%) e através de parto vaginal (55.1%). Quanto à saúde dessas crianças, 96.5% das mães relataram que os bebês adoeceram mais de duas vezes no último mês. 45.3 das crianças foram amamentadas até os seis meses. (TABELA 1)

A média dos escores dos bebês na escala de linguagem foi 106.68 (DP± 16.84). Na análise bruta, a depressão materna no período pós-parto teve associação com o desenvolvimento da linguagem ($p=0.030$) a mesma relação foi vista com a depressão. A cronicidade da depressão materna também se mostrou associada ao desempenho dos bebês na escala da linguagem ($p=0,007$).

As variáveis idade materna, sexo do bebê, paridade, cuidador principal e cronicidade da depressão materna foram para a análise multivariada, por possuírem um $p \leq 0,20$. (TABELA 2).

Após o ajuste para os fatores de confusão, o desempenho na escala da linguagem do bebê se manteve associado à idade materna ($p=0,051$), à paridade ($p=0.018$), ao cuidador principal ($p=0.020$) e à cronicidade da depressão da mãe ($p=0,012$). A cada grupo da idade materna, o bebê perdeu três pontos (-3.32 IC:- 6.65; 0.012) na média da escala de linguagem. Filhos de mães mais velhas tiveram uma significativa diminuição na linguagem em relação aos de mães com até 19 anos. A cada grupo de mães que tinham mais de três filhos, o bebê diminui cinco pontos (-5.32 IC:- 9.70; 0.94) na média da escala da linguagem, de modo que crianças com mais de um irmão tiveram uma diminuição significativa na aquisição da linguagem. Quando a mãe

era a cuidadora principal do bebê, este sofreu uma perda de três pontos na média da linguagem (-3.27 IC: -6.01; -0.53). A cada grupo da cronicidade da depressão materna, a criança atingiu dois pontos a menos (-2.87 IC:- 5.01; -0.64) na média da escala de linguagem. As crianças cujas mães estavam deprimidas nas duas avaliações tiveram pior desempenho no teste em comparação aos filhos de mães deprimidas em apenas um momento ou em nenhum momento. (TABELA 2)

O sexo do bebê que inicialmente, se mostrou associado ao desempenho na escala de linguagem, teve o seu efeito confundido pela idade materna. (TABELA 2)

DISCUSSÃO

Neste estudo, a depressão materna foi associada de forma significativa com o desenvolvimento da linguagem dos bebês aos doze meses de idade. Filhos de mães deprimidas, tanto no pós-parto quanto no momento da avaliação tiveram um atraso no desenvolvimento da linguagem. Esse impacto foi acentuado quando relacionado à cronicidade do transtorno, pois se percebeu que as crianças expostas à depressão por mais tempo tiveram um prejuízo maior. Esses achados estão de acordo com a literatura que afirma que a depressão no período pós-parto afeta a qualidade dos cuidados à criança e pode gerar transtornos de comportamento, cognição, interação social e de desenvolvimento físico no primeiro ano de vida ^{8, 10, 19}.

Em relação à linguagem, estudos apontam que crianças de mães deprimidas produzem, aos 24 meses, cerca de quatro tipos de palavras a menos que de mães não-deprimidas e 20 palavras a menos nos 36 meses². Righetti-Veltema *et al* (2002; 2003)^{20,21} relataram que crianças filhas de mães deprimidas mostraram uma diferença

significativa quanto à interação visual e interação vocal, comparadas com filhas de mulheres não deprimidas.

Os resultados relacionados à cronicidade da depressão materna indicam que o efeito cumulativo da exposição a uma mãe deprimida pode trazer consequências negativas no desenvolvimento da linguagem dessas crianças¹⁴. Os bebês que experienciaram um episódio persistente de depressão materna obtiveram médias inferiores na escala de linguagem, quando comparados com bebês que foram expostos à depressão em apenas um momento ou nenhum momento. Brennan *et al* (2000)¹³ verificaram que a gravidade e a cronicidade da depressão materna aumentaram os problemas de comportamento e vocabulário das crianças. Segundo Field (1992)²², a depressão materna pode ser considerada um fator adverso para o desenvolvimento infantil aos doze meses de idade somente nos casos em que as mães permaneceram deprimidas por mais de seis meses.

O papel materno pode ser prejudicado especialmente quando os sintomas depressivos são crônicos. As mulheres que relatam sintomas de depressão crônica são menos positivas, sensíveis e envolvidas com seus filhos do que as mulheres cujos sintomas são intermitentes ou de curta duração²³. Essas características podem influenciar a qualidade da estimulação da criança principalmente quanto à interação verbal^{14, 24}.

A influência da idade materna sobre o desenvolvimento nos primeiros anos de vida é pouco divulgada. O presente estudo evidenciou que filhos de mães mais jovens obtiveram melhores pontuações na escala de linguagem do que filhos de mães mais velhas. Westerlund & Lagerberg (2008)²⁵ relatam que a baixa idade materna está significativamente associada ao vocabulário expressivo da criança. Isso pode ser

explicado pelo fato de mães mais jovens serem mais enérgicas e conversarem mais com seus filhos, porém mais estudos sobre o tema devem ser realizados para comprovar ou refutar essa hipótese.

Outro fator de risco nesta amostra foi relacionado à paridade. Resultado semelhante foi encontrado por outros pesquisadores em situações onde os bebês que tinham mais de dois irmãos evidenciavam maiores chances de apresentar atraso neuropsicomotor. As mães de famílias mais numerosas teriam menor disponibilidade para atender às demandas da criança, e a falta de estímulo adequado prejudicaria o seu desenvolvimento²⁶.

Este estudo mostrou que o cuidador primário é um fator de confusão para o desenvolvimento da linguagem. Bebês que passam mais tempo somente com a mãe demonstraram um maior atraso, que pode estar relacionado ao fato de que nesta amostra a prevalência de depressão materna foi elevada. Resultados semelhantes não foram encontrados na literatura, sendo necessárias outras investigações para que se possa estabelecer uma possível linha de inferência.

Apesar de a literatura mostrar associação entre escolaridade materna e atraso no desenvolvimento da linguagem da criança^{6,14,25} neste estudo optou-se por não utilizar a escolaridade, já que em nossa realidade a classe socioeconômica está ligada ao nível de escolaridade da população.

A impossibilidade de determinar se as mães permaneceram deprimidas entre as duas avaliações ou se os episódios foram recorrentes foi uma das mais importantes limitações deste estudo. Porém, é possível sugerir que quanto maior o tempo de exposição, tanto mais prejudicial poderá ser a interação.

Outra limitação foi não ter conhecimento prévio do impacto da severidade da depressão materna no desenvolvimento da linguagem do bebê. Uma investigação aponta que as mães com depressão crônica possuem também um quadro depressivo mais grave¹³, entretanto a amostra deste estudo não foi suficiente para testar essa hipótese.

Embora a Escala Bayley-III não tenha sido validada para a população brasileira, as generalizações dos achados são pertinentes, ainda que não tenha sido seguido um ponto de corte que estabelecesse comparações entre as médias da amostra.

Poucas pesquisas têm se focado especificamente sobre as implicações da depressão materna para as competências lingüísticas infantis durante a primeira infância. Alguns artigos de revisão confirmaram que há pequenos efeitos da DPP no desenvolvimento cognitivo de crianças, envolvendo a linguagem e o QI⁹. Assim, o atraso no desenvolvimento infantil tem se mostrado um importante preditor de problemas na infância e na adolescência. Crianças que possuem atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida continuam apresentando prejuízo na idade escolar^{27, 28}, têm maiores chances de serem disléxicas²⁹ e podem experimentar dificuldades nas funções acadêmicas, sociais e emocionais na adolescência^{30, 31}.

A depressão é subdiagnosticada pelos médicos em atenção primária e conseqüentemente subtratada^{32, 33}. Isto acontece principalmente no período pós-parto, pois é comum que as mulheres durmam menos, mudem o apetite e cansem facilmente. Assim, torna-se fundamental o reconhecimento precoce de sintomas depressivos em novas mães bem como implantação de estratégias de intervenção para que se possa prevenir futuros problemas no desenvolvimento infantil.

V. REFERÊNCIAS

1. LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2007, vol.23, n.1, pp. 5-15. ISSN 0102-3772. doi: 10.1590/S0102-37722007000100002.
2. Sheena Reilly PE, Edith L Bavin, Melissa Wake, Margot Prior, Joanne Williams, Lesley Bretherton YBaOCU. Growth of infant communication between 8 and 12 months: A population study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2006; 42:764–770.
3. Pan BA, Rowe ML, Singer JD, Snow CE. Maternal Correlates of Growth in Toddler Vocabulary Production in Low-Income Families. *Child Development*. 2005; 76(4):763-782.
4. Schwengber DDS, Piccinini CA. O Impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia* 2003; 8 (3): 403-411.
5. Field T. Maternal Depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine* 1998; 27: 200-203.
6. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (1):65-70.
7. To T, Guttmann A, Dick PT, Rosenfield JD, Parkin P, Tassoudji M, Vydykhan TN, Cao H, Harris JK. Risk markers for poor development attainment in young children. *Archives Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 643-649.

8. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do RS* maio/ago 2005; 27 (2): 165-176.
9. Ramchandani P, Stein A, O`connor TG and the ALSPAC Study team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet* 2005; 365 (june 25): 2201-2205.
10. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives Womens Helth* 2003; 6: 263-274.
11. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* 2005 10 (1): 61-68.
12. Goodman JC. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45 (1), 26-35.
13. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 1998; 12 (1): 12-20.
14. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronity, severity and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology* 2000; 36(6): 759-766.
15. Preston SLS, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical Child and family psychology review* 2006; 9 (1): 65-83.

16. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica no Brasil. http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (accessed em Janeiro de 2009).
17. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.
18. Bayley N. Manual for the Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third Edition. San Antônio, TX: PsychCorp; 2006.
19. Black MM, Baqui AH, Zaman K, McNary SW, Le K, Arifeen SE, et al. Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: implications for infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48(8):764-772.
20. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders* 2002; 70: 291-306.
21. Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003;12(2):75-83.
22. Field T. Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology* , 1992; 4 (4): 49–66.
23. Campbell, S. B., Cohn, J. F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.

24. NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology* 1999; 35: 1297-1310.
25. Westerlund M, Lagerberg D. Expressive vocabulary in 18-month-old children in relation to demographic factors, mother and child characteristics, communication style and shared reading. *Child: care, health and development* 2008; 34 (2): 257-266.
26. Halpern R, Giugliani ER, Victora CG, Barros CB, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Revista Chilena de Pediatria* 2002; 73 (5): 529-539.
27. Webster RI, Majnemer A, Shevell MI. Child health and parental stress in school-age children with a preschool diagnosis of developmental delay. *J Child Neurol.* 2008; 23 (1): 32-8.
28. Shevell M, Majnemer A, Platt RW, Webster R, Birnbaum R. Developmental and functional outcomes at school age of preschool children with global development delay. *J Child Neurol.* 2005; 20(8): 648-53.
29. Lagae L. Learning disabilities: Definitions, epidemiology, diagnosis and intervention strategies. *Pediatr Clin N Am* 2008; 55: 1259-68.
30. Hardoff D, Jaffe M, Cohen A, Jonas R, Lerrer-Amisar D, Tirosh E. Emotional and behavioral outcomes among adolescents with mild developmental deficits in early childhood. *Journal of adolescent health* 2005; 36: 70.e14-19.
31. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of psychiatry.* Baltimore 1995: 2154-62.

32. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruema MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Brás Psiquiatr 2003; 25 (2): 114-22.

33. McQuaid J, Murray BS, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. J Affect Disord 1999; 55: 1-10.

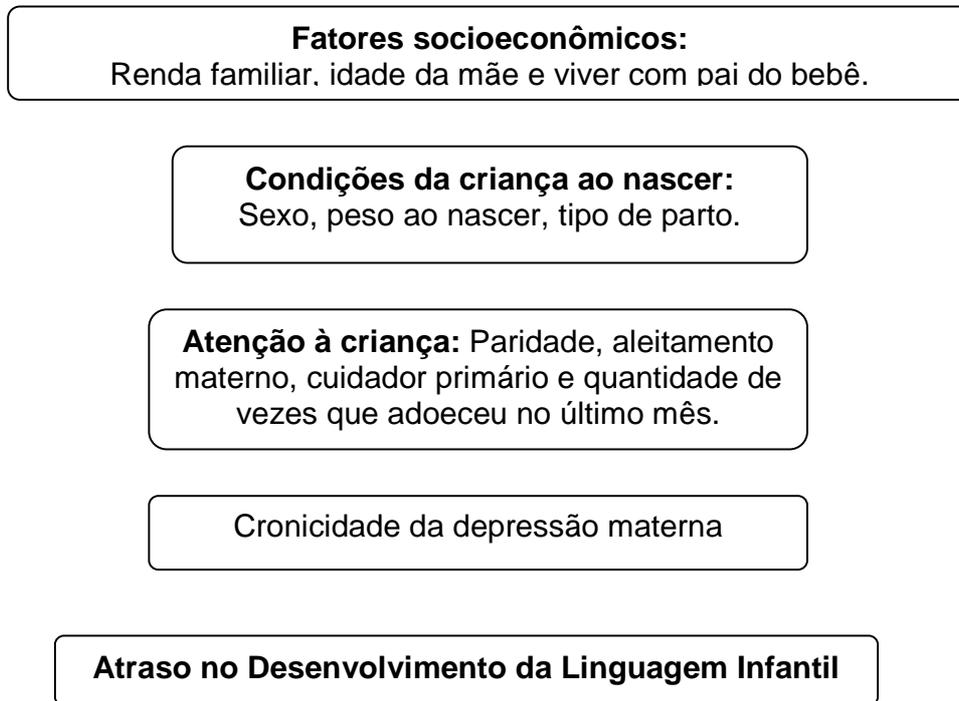


Figura 1 – Modelo hierárquico de determinação de atraso no desenvolvimento da linguagem infantil

| | N (%) | Média linguagem (dp) | p-valor |
|--|--------------|-------------------------------------|----------------|
| Classificação socioeconômica | | | 0.490 |
| A e B | 49 (17.4) | 105.18 (19.53) | |
| C | 143 (50.9) | 108.66 (16.38) | |
| D e E | 89 (31.7) | 104.36 (15.96) | |
| Idade materna | | | 0.051 |
| Até 19 anos | 54 (18.9) | 110.65 (13.35) | |
| 20 a 34 anos | 186 (65.3) | 106.51 (17.69) | |
| 35 anos ou mais | 45 (15.8) | 104.11 (17.00) | |
| Vive com o pai do bebê | | | 0.304 |
| Não | 42 (16) | 104.52 (16.92) | |
| Sim | 221 (84) | 107.46 (16.91) | |
| Sexo | | | 0.171 |
| Masculino | 144 (52.6) | 105.58 (16.41) | |
| Feminino | 130 (47.4) | 108.38 (17.34) | |
| Peso ao nascer | | | 0.782 |
| Até 2499 | 28 (9.8) | 106.07 (17.00) | |
| 2500 ou mais | 257 (90.2) | 107.00 (16.93) | |
| Tipo de parto | | | 0.260 |
| Normal | 150 (55.1) | 105.80 (17.03) | |
| Cesárea | 122 (44.9) | 108.14 (16.93) | |
| Paridade | | | 0.055 |
| Até 2 filhos | 85 (28.9) | 109.93 (15.98) | |
| 3 filhos ou mais | 209 (71.1) | 105.78 (17.05) | |
| Cuidador | | | 0.060 |
| Somente a mãe | 219 (74) | 108.18 (17.35) | |
| Mãe uma parte do tempo | 25 (8.4) | 102.88 (15.73) | |
| Familiares, babá ou creche | 42 (14.2) | 103.60 (16.99) | |
| Mamou até os 6 meses | | | 0.336 |
| Sim | 116 (45.3) | 105.44 (16.02) | |
| Não | 140 (54.7) | 107.50 (17.84) | |
| Veze que ficou doente no último mês | | | 0.675 |
| Nenhuma ou 1 vez | 9 (3.5) | 104.22 (14.53) | |
| 2 vezes ou mais | 247 (96.5) | 106.65 (17.14) | |
| Cronicidade da depressão materna | | | 0.007 |
| Nenhum momento | 178 (74.5) | 108.59 | |
| Pós | 21 (8.8) | 107.24 | |
| Atual | 19 (7.9) | 105.95 | |
| Pós e atual | 21 (8.8) | 97.43 | |
| Total | 296 (100) | 106.88 (16.84) | |

Tabela 1 – Distribuição da amostra e médias da Escala de Linguagem da Bayley-III de acordo com as variáveis preditoras em um estudo realizado na cidade de Pelotas, no ano de 2008.

| | B Linguagem Bruta (IC 95%) | p-valor | B Ling ajustada (IC 95%) | p-valor |
|--|---------------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|
| Classificação socioeconômica (Classes A e B) | -1.01 (-3.91; 1.88) | 0.492 | | |
| Idade materna (até 19 anos) | -3.32 (-6.65; 0.012) | 0.051 | -3.32 (-6.65; 0.012) | 0.051 |
| Viver com o pai do bebê (Sim) | 2.93 (-2.67; 8.53) | 0.304 | | |
| Sexo (Feminino) | 2.80 (-1.21; 6.81) | 0.171 | 2.81 (-1.17; 6.79) | 0.166 |
| Peso ao nascer (2,5 kg ou mais) | 0.93 (-5.70; 7.56) | 0.782 | | |
| Tipo de parto (cesárea) | 2.34 (-1.73; 9.41) | 0.260 | | |
| Paridade (até 2 filhos) | -4.14 (-8.39; 0.10) | 0.055 | -5.32 (-9.70.; 0.94) | 0.018 |
| Cuidador principal (somente a mãe) | -2.60 (-5.30; 0.11) | 0.060 | -3.27 (-6.01; -0.53) | 0.020 |
| Mamar até os 6 meses (Não) | 2.06 (-2.15; 6.27) | 0.336 | | |
| Veze que ficou doente no último mês (2 ou mais) | 2.43 (-8.98; 13.83) | 0.675 | | |
| Cronicidade da depressão materna (Não exposta) | -3.00 (-5.15; -0.82) | 0.007 | -2.87 (-5.01;-0.64) | 0.012 |

Tabela 2 – Regressão linear bruta e ajustada da Escala de Linguagem Bayley-III, conforme modelo hierárquico previamente proposto.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)