

Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos

Maternal mental health and social support: influences in infant development during the first two years of life

Carolina Irurita-Ballesteros

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Rua Marques de São Vicente, 225. Gávea. CEP.22453900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
caroirurita@gmail.com

Deusivania Vieira da Silva Falcão

Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH. Rua Arlindo Bettio, 1000, Ermelino Matarazzo. CEP. 03828080 - São Paulo, SP – Brasil. deusivanialfalcao@gmail.com

Luciene de Fátima Rocinholi

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Educação.
BR465 Km 7, Centro. CEP. 23890000 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil. lu-rocinholi@gmail.com

J. Landeira-Fernandez

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Rua Marques de São Vicente, 225. Gávea. CEP. 22453900 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
landeira@puc-rio.br

Resumo: Este estudo de caso único (díade mãe-bebê), baseado no modelo bioecológico de Bronfenbrenner, objetivou investigar indicadores de saúde mental materna e o apoio social recebido durante a gravidez e o pós-parto, avaliando as influências e repercussões dessas variáveis sobre o desenvolvimento durante os dois primeiros anos de vida do bebê. A mãe foi submetida a entrevistas clínicas e a avaliações da saúde mental utilizando o Medical Outcomes Study (MOS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala de depressão pós-natal de Edinburgo (EPDS) e o Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I) durante quatro pontos de seguimento: três na gestação e um no pós-parto. O bebê completou três avaliações com as escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil (BSID III) realizadas durante o primeiro e o segundo anos de vida. Verificou-se que a mãe apresentou sintomas depressivos durante o primeiro trimestre gestacional e quarenta e cinco dias após o parto. Traços de ansiedade na mãe e frágil apoio social foram encontrados durante todos os trimestres da gestação e no puerpério. Este estudo evidenciou que a criança exposta à depressão materna e a uma rede de apoio social frágil desde o início da vida, está mais vulnerável a fatores de risco que prejudicam o desenvolvimento.

Palavras-chave: relacionamento mãe-bebê; saúde mental materna; desenvolvimento infantil.

Abstract: This single case study (mother-child dyad), based on the bioecological model of Bronfenbrenner, aimed to investigate indicators of maternal mental health and social support received during the gestational and post-partum period on child development during the first two years of life. Clinical interviews and mental health assessments were performed by the mother using the Medical Outcomes Study (MOS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I) at one point of each gestational trimester and forty five days after delivery; in addition, the child completed three neurodevelopmental assessment with the Bayley Scales of Infant Development III (BSID III) throughout the first and second year of life. It was verified that mother exhibited depressive symptoms during the first trimester of pregnancy and in the postpartum period. Traits of anxiety and fragile social support were detected during all gestational trimesters and post-partum as well. Results showed that the earlier a child is exposed to maternal depression and poor social support, the higher the vulnerability to risk factors that might affect development.

Key words: mother-child relationship; maternal mental health; infant development.

Introdução

A saúde mental materna tem sido uma temática importante discutida em pesquisas nos últimos anos, devido à elevada prevalência de depressão, ansiedade e outros transtornos em mulheres em idade fértil, e suas consequências prejudiciais na relação mãe-criança (Bener *et al.*, 2012; Kliemann *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2008; Stein *et al.*, 2010). A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal (Coates, Schaefer, e Alexander, 2004). Nesse contexto, a prevalência da depressão parece variar de acordo com o grau de desenvolvimento do país (Lima *et al.*, 2017). Em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e Suécia, as taxas de prevalência são mais baixas, em torno de 10% e 15%, enquanto que nos países em desenvolvimento, como Brasil, Bangladesh e África do Sul, a média está em torno de 25% (Fisher *et al.*, 2012). Ruschi *et al.* (2007) constataram uma prevalência de depressão materna de 39,4% para a população brasileira, corroborando os resultados de outros estudos nacionais (Silva Cruz *et al.*, 2005; Skazufka, 2000).

Os principais fatores de risco para o desencadeamento da depressão perinatal são os seguintes: histórico de saúde mental; fatores socioeconômicos; ausência ou frágil rede de apoio social; uso de substâncias psicoativas, e complicações obstétricas (Kliemann *et al.*, 2017). Nessa direção, Silverman *et al.* (2017) destacaram que o histórico

de depressão e os fatores obstétricos e perinatais estão associados ao desenvolvimento da depressão perinatal. De acordo com Martini *et al.* (2015), aspectos como satisfação conjugal, nível educacional, apoio social e histórico tanto de ansiedade como de depressão prévio à gestação são fortes preditores da depressão perinatal. Os estudos apontaram ainda maior incidência de depressão pré-natal comparada à pós-natal (Lovisi *et al.*, 2005); além de considerá-la o principal fator de risco para ocorrência da depressão perinatal (Kliemann *et al.*, 2017), podendo ser vista como uma continuação da depressão iniciada durante a gestação (Andersson *et al.*, 2006).

O impacto da depressão materna nas interações com o bebê, durante o primeiro ano de vida, pode constituir-se em maior risco deste desenvolver desordens emocionais, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais a longo prazo (Glover, 2014). As repercussões negativas da depressão materna na saúde do bebê tornam essa questão fundamental no desenvolvimento de políticas públicas de saúde da mãe e da criança (Castro Almeida e Rocha Arrais, 2016).

As políticas públicas de cuidado à saúde das mães na gestação e no pós parto favorecem não apenas a criança, mas também a mãe, pois as mulheres comumente experimentam sentimentos ambivalentes diante da experiência da maternidade, uma vez que, se por um lado, se sentem muito felizes e extasiadas com a chegada de seus bebês, por outro, apresentam sentimentos de ansiedade (Rapoport e Piccinini, 2011). Na maioria dos casos, a ansiedade está vinculada à experiência de viver algo novo ou desconhecido, contudo, existem estados de ansiedade anormais comumente denominados de ansiedade patológica que compõe um quadro de transtorno mental com grande incidência durante a gestação e o período pós-parto (Kliemann *et al.*, 2017). Quadros de ansiedade são muito frequentes durante o ciclo gravídico-puerperal; estima-se que 20% das mulheres apresentam sintomas dessa enfermidade durante a gravidez (Araújo *et al.*, 2007).

A revisão da literatura realizada por Donelli *et al.*, (2017) destacou que a ansiedade no contexto da maternidade é um fenômeno multifatorial, relacionado a diferentes variáveis, tais como sociodemográficas (ex.: menores índices de escolaridade

materna, menor idade, desconhecimento acerca dos cuidados do recém-nascido) e outros sintomas psicopatológicos (ex.: depressão). Verificou-se que a ansiedade materna aliada a esses fatores desencadeia atraso na linguagem, riscos no desenvolvimento motor grosso do bebê e formação de apego inseguro. Outras pesquisas (Kliemann *et al.*, 2017; Pereira e Lovisi, 2008) indicaram que a presença de estados persistentes de ansiedade somados à depressão ao longo da gestação associa-se a desfechos obstétricos como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, riscos no desenvolvimento cognitivo, regulação da atenção, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida da criança (Schetter e Tanner, 2012).

Além da ansiedade e da depressão, o consumo materno de álcool em grandes doses pode resultar em danos irreversíveis para o feto como, por exemplo, alterações físicas, mentais e comportamentais (Sundelin-Wahlsten *et al.*, 2017; Ware *et al.*, 2012), psicossociais (Lynch *et al.*, 2015), de aprendizado (Bertrand *et al.*, 2005), e em casos mais severos, síndrome alcoólica fetal (Doyle e Mattson, 2015). Entretanto, há controvérsias na literatura se o consumo de álcool materno durante a gravidez, em níveis baixos a moderados, tem efeitos marcantes no desenvolvimento da criança. Alguns pesquisadores sugeriram que, em pequena ou moderada quantidade, o álcool não afeta a idade gestacional; nenhuma associação foi encontrada entre os níveis de consumo de álcool e o nascimento prematuro (Cooper *et al.*, 2013; Patra *et al.*, 2011), enquanto outros enfatizaram que este poderia levar a consequências negativas mesmo quando o consumo ocorresse em baixas doses (Andersen *et al.*, 2012; Flak *et al.*, 2014; Nykjaer *et al.*, 2014). Além disso, pesquisas relataram que ainda se desconhece haver diferenças comportamentais entre crianças devido à exposição ao álcool em quantidades baixas a moderadas no período fetal (Falgreen Eriksen *et al.*, 2012; Polanska *et al.*, 2015; Sayal *et al.*, 2007; Sundelin-Wahlsten *et al.*, 2017; Underbjerg *et al.*, 2012).

Paralelamente aos fatores de risco a que estão submetidas as crianças de mães com transtornos mentais, observa-se os fatores de proteção, que podem ser compreendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco, podendo favorecer o desenvolvimento humano. Nesse sentido, o apoio social

tem sido alvo de vários estudos que avaliaram a importância dessa variável no período gestacional (Manente e Rodrigues, 2016; Maranhão *et al.*, 2014). O apoio social é um processo dinâmico e complexo que diz respeito ao suporte provido comumente pelo núcleo familiar ou pelos amigos e que favorece o sentimento de cuidado, amparo, compreensão e assistência (Schwartz *et al.*, 2011). Nesse cenário, a família é entendida como rede primária de interação social e provedora de apoio indispensável à manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo (Souza e Baptista, 2017). É nela que um indivíduo estabelece seus primeiros vínculos de uma convivência grupal, sendo mediadora da relação do indivíduo com o mundo, provendo apoio afetivo e material (Rodríguez Ceberio e Watzlawick, 2006). O apoio dado à mulher por familiares, amigos e vizinhos durante o processo gravídico-puerperal é fundamental por ser considerado um fator de proteção determinante na saúde mental materna e na adesão à amamentação (Prates *et al.*, 2015), sendo importante promover este cuidado através de políticas públicas.

Com o intuito de melhor compreender o desenvolvimento inicial da criança, a interação mãe-bebê, o apoio social recebido pela mãe durante a gravidez e o pós-parto, o presente estudo está pautado no modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2005). Neste modelo, observa-se que a interação mãe-bebê e suas repercussões ao longo do desenvolvimento da criança deve ser compreendida através de fatores biopsicossociais, históricos, econômicos, culturais, familiares, situacionais, além das características pessoais dos pais e dos filhos, envolvendo quatro núcleos interdependentes na compreensão dos fenômenos: a Pessoa, o Processo, o Tempo e o Contexto. O núcleo Pessoa representa o ser humano ou o grupo familiar em desenvolvimento por meio das suas características biopsicossociais e por suas interações. O núcleo Processo relaciona-se à maneira como o sujeito ou a família significa suas experiências e interpreta o ambiente ao longo da vida. O núcleo Tempo está ligado às influências e às heranças culturais das famílias, às raízes históricas da sociedade, às descendências étnicas e à valorização ou não de determinada prática ritualística ou cultural. Tal núcleo, também, organiza cronologicamente as rotinas e os eventos, possibilitando conhecer a história

pregressa e as expectativas de futuro. O núcleo Contexto é visto como o meio ambiente ecológico no qual os indivíduos se desenvolvem ao longo de suas histórias, e tais contextos interpostos se denominam como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema (Bronfenbrenner, 1996).

O microssistema é entendido como um contexto no qual são firmadas relações e atividades “face-a-face” e onde operam os processos proximais que produzem, sustentam o desenvolvimento e no qual se assume um papel social. Na presente pesquisa, seria constituído pela mãe e a sua rede direta de apoio. No decorrer da vida, as relações se tornam mais complexas e outros microssistemas podem fazer parte do ambiente ecológico. Esse conjunto de microssistemas forma o mesossistema. Já o exossistema abarca os ambientes que a pessoa não frequenta como um participante ativo, mas que desempenham uma influência indireta sobre o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996). No contexto da gravidez poderiam ser identificadas, por exemplo, as estruturas de saúde. O macrossistema é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996).

Faz-se mister refletir sobre as diferentes vivências experienciadas pela mãe, pelo bebê e pelo contexto que vivem, visando a compreensão das mudanças na identificação e busca de relações de apoio. Ademais, é crucial investigar a rede de apoio social de forma longitudinal, uma vez que estas inter-relações são dinâmicas. Em vista de tais considerações, desenvolveu-se a presente pesquisa com o objetivo de investigar os indicadores de saúde mental materna e o apoio social recebido durante a gravidez e o pós-parto, avaliando as influências e repercussões dessas variáveis sobre o desenvolvimento durante os dois primeiros anos de vida do bebê.

Método

Contextualização

Este estudo deriva-se de uma tese de doutorado onde realizou-se uma parceria entre três universidades da cidade do Rio de Janeiro, RJ-Brasil, sendo parte de uma pesquisa¹ maior que teve por objetivo investigar o efeito de alterações na saúde mental materna em marcadores inflamatórios e hormonais durante a gestação, no peso ao nascer, crescimento físico, composição corporal e desenvolvimento neuropsicológico nos dois primeiros anos de vida.

Delineamento

Trata-se de um estudo de caso único. De acordo com Yin (2010), o estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando do objeto estudado o seu caráter unitário. Nesse contexto, considera a unidade como um todo, incluindo o seu desenvolvimento (pessoa, família, conjunto de relações ou processos etc.).

Participantes

Selecionou-se para participar do presente estudo uma díade mãe-bebê de baixo nível-socioeconômico que teve como critério de inclusão: a) fazer parte da pesquisa maior supracitada; b) a mãe ter sido avaliada em quatro pontos de seguimento: sendo três durante a gestação e um no pós-parto; c) o bebê ter completado três avaliações acerca do desenvolvimento realizadas durante o primeiro e o segundo ano de vida.

Instrumentos

Fase 1:

Roteiro de entrevista socioeconômico: utilizado para investigar as características: idade da gestante; escolaridade; profissão; estado civil; arranjo de moradia; renda mensal; número de filhos; peso corporal antes, durante e após a gestação; estilo de vida e consumo de substâncias psicoativas.

Mini International Neuropsychiatry Interview - M.I.N.I. (versão 5.0, DSM-IV): trata-se de uma entrevista diagnóstica de aplicação rápida (aproximadamente 15

¹ A pesquisa foi aprovada no Edital FAPERJ Nº 19/2011 - Programa "Pensa Rio" (Processo FAPERJ nº E-26/110.681/2012).

minutos) que explora os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). Este instrumento está dividido por módulos diagnósticos independentes e cada um contém uma série de perguntas referentes às seguintes desordens psiquiátricas: fobias; episódios depressivos maiores; desordem de ansiedade generalizada; episódios maníacos e hipomaníacos; transtorno obsessivo e compulsivo; transtorno de pânico; transtorno distímico; transtorno de estresse pós-traumático, abuso/dependência de álcool e/ou drogas e bulimia nervosa (Hergueta *et al.*, 1998).

Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Spielberger, 2010): o IDATE foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979) e baseia-se na concepção dualística proposta por Cattell e Scheier (1961), que distingue a ansiedade em dois conceitos: Ansiedade-Traço (a-traço) e Ansiedade-Estado (a-estado) e utilizado para avaliar a ansiedade materna por entrevistadores treinados e técnicas padronizadas.

Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo - EPDS: a escala EPDS, utilizada para avaliar a depressão materna, foi desenvolvida por Cox, Holden, and Sagovsky (1987), e consiste em um instrumento de auto registro composto por 10 enunciados, com opções pontuadas de 0 à 3 de acordo com a presença e a intensidade do sintoma depressivo. Na realização do presente estudo, utilizou-se a versão validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (2000), onde cada item é somado para obtenção da pontuação geral. Contudo, este estudo segue a sugestão de Su *et al.* (2007), que propôs que os pontos de corte devem variar para cada trimestre gestacional. Para o primeiro trimestre gestacional e durante o pós parto foi utilizado 11/12 como ponto de corte, 13/14 para o segundo trimestre e 12/13 para o terceiro trimestre gestacional. As pontuações gerais acima dos pontos de corte foram consideradas indicativas da presença de sintomas de depressão materna. Neste estudo de caso, a escala foi aplicada em todas as ondas de seguimento com o objetivo de acompanhar o padrão de ocorrência da depressão nos diferentes trimestres gestacionais e no puerpério.

Medical Outcomes Study - MOS (Grie *et al.*, 2005): este instrumento propõe-se a avaliar o suporte social de forma prática e breve sendo uma escala de auto resposta e

multidimensional composta por cinco domínios: a) suporte material que consta de quatro questões que buscam averiguar o fornecimento de ajuda material ou de assistência; b) suporte afetivo o qual avalia demonstrações físicas de afeto e amor mediante três questões; c) interação social que busca mensurar a existência de outras pessoas com quem podem se fazer coisas interessantes e divertidas através de quatro questões; d) suporte informacional, consistindo em orientação e feedback que ajudam a encontrar uma solução a um problema mediante quatro questões e; e) suporte emocional, medido através de quatro questões que avaliam a expressão de afeto positivo, compreensão empática e encorajamento da expressão de sentimentos (Ribeiro, 2009).

Fase 2:

Escala Bayley do Desenvolvimento Infantil - BSID III (Bayley, 2006): a BSID é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, atualmente encontra-se na sua terceira edição e tem o objetivo de avaliar o desenvolvimento de crianças entre 16 dias e 42 meses de idade. A BSID é composta por 5 escalas: a) Escala Cognitiva, que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento sensório-motor, exploração e manipulação, formação de conceitos, memória e outros aspectos do processamento cognitivo; b) Escala de Linguagem, composta por itens de comunicação receptiva e expressiva, formando dois sub-testes distintos; c) Escala Motora, que visa avaliar habilidades motoras em geral (grandes músculos) e motricidade fina; d) Escala Socioemocional, tem como objetivo identificar os principais marcos do desenvolvimento social e emocional em determinadas idades. Outrossim, averigua o desenvolvimento de habilidades emocionais, autocontrole e interesse no mundo, necessidades de comunicação, interesse em outros e em estabelecer relacionamentos, utilização de emoções nos relacionamentos, entre outras e; e) Escala de Comportamento Adaptativo, a qual acessa habilidades funcionais do cotidiano da criança, que deve ser preenchida pelo examinador. Considera comunicação, participação na comunidade (interesse por atividades fora de casa), vida em casa, saúde e segurança, lazer, autocuidado, entre outros. Para este estudo foi utilizada a validação e adaptação transcultural realizada para a população brasileira (Madaschi *et al.*, 2016).

Procedimentos

Trata-se de um estudo longitudinal do tipo prospetivo composto por duas fases: Fase 1 (2009-2011) formada pelo período gestacional e 45 dias após o parto e; a Fase 2 compreendida pela análise de desenvolvimento das crianças. A entrada da gestante na coorte foi livre, durou 24 meses e foi encerrada em outubro de 2011. Na Fase 1, a mãe foi acompanhada durante a gravidez uma vez por trimestre, sendo os encontros entre a 8^a. e a 13^a. semana, na 24^a. semana e na 36^a. semana. Também, foi avaliada uma vez entre 30 e 45 dias após o parto. Nestes acompanhamentos, Celina (nome fictício) participou tanto das entrevistas como das avaliações com o IDATE, EPDS, MOS e o M.I.N.I. A criança foi integrada na segunda fase do projeto onde participou de avaliações do desenvolvimento em três diferentes pontos, aos 12, 18 e 24 meses de idade. Após a mãe completar todas as avaliações durante a Fase 1, foi convidada para participar da Fase 2 do estudo, na qual a bebê foi avaliada (Laura, nome fictício) somente com a BSID III (Bayley, 2006).

As duas fases deste projeto de pesquisa foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética. Os atendimentos foram realizados em ambiente adequado situado no serviço de Psicologia aplicada da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) por estudantes de mestrado e doutorado previamente treinados para este tipo de avaliação. O conforto e a segurança da criança foram altamente respeitados em todas as fases do processo.

Resultados

A apresentação dos resultados está dividida em duas partes, a primeira será um breve histórico sobre o período gestacional da mãe e a segunda se refere aos resultados da avaliação do desenvolvimento da criança.

Período gestacional da mãe

Celina, 24 anos de idade, morava sozinha, era mãe solteira de uma filha de 3 anos e declarou receber a notícia de sua segunda gestação, da Laura, com muita tristeza e frustração. Frequentou a escola por 8 anos, tendo ensino médio incompleto; trabalhava

como cozinheira recebendo um salário mensal de R\$ 630,00. Iniciou a gestação com 48,5 kilogramas, finalizando com 54 kilos. Além disso, não utilizava nenhum tipo de medicamento, além dos suplementos vitamínicos recomendados.

Quanto ao estado de saúde mental, mencionou que na família não havia histórico de depressão ou suicídio, mas se declarou como sendo uma pessoa de “má sorte” e que “nada dava certo” na vida dela. Por meio do M.I.N.I. verificou-se que Celina se reconhecia como sendo uma mulher triste, infeliz, cansada, deprimida, com pouca energia, falta de interesse e prazer pela vida, indicando histórico de depressão e transtorno distímico atual. Na escala de depressão pós-natal de Edinburgh, a entrevistada obteve escores dentro da média para todos os trimestres gestacionais, exceto para o primeiro trimestre em que foi detectado um escore maior do que 11, indicando sintomas depressivos. Este período relacionou-se com o relato dela ter vivenciado muita tristeza e frustração quando se deparou com a notícia de sua gestação. Outrossim, apresentou estado de ansiedade moderado através da escala IDATE-E com escores oscilando entre 33 e 35 durante as quatro avaliações. Todavia, os escores obtidos na escala IDATE-T foram altos durante todos os trimestres da gestação e o puerpério, sugerindo reações exageradas diante de situações percebidas como aversivas ou ameaçadoras. Ela ainda destacou ter consumido álcool (cerveja e vodka) durante toda a gravidez com uma frequência de três vezes por semana, ao que se referia como “beber só um pouquinho para sair da rotina”.

No que se refere à rede de apoio social, constatou-se que Celina não mantinha contato com os familiares de origem e não tinha amigos para conversar acerca de qualquer coisa. Na aplicação da escala MOS, apresentou um escore total de 281.7, obtido através da soma de todas as dimensões (suporte material; afetivo; interação social; informacional; e emocional) do instrumento, demonstrando escores abaixo do esperado, indicando baixo suporte social. Informações gerais sobre esses achados são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sobre saúde mental materna e o consumo de álcool**Table 1.** Data on maternal mental health and alcohol consumption

	Aspecto Investigado	Instrumento	Score	Resultado
	Depressão gestacional	EPDS	12	Acima da média
Primeiro	Ansiedade-E	IDATE-E	35	Abaixo da média
Trimestre	Ansiedade-T	IDATE-T	55	Acima da média
	Histórico de depressão	MINI	Cat 3	Transtorno distímico atual
	Consumo de álcool	Consumo cerveja/vodka	Afirmativo	3 x por semana
	Depressão gestacional	EPDS	9	Média
Segundo	Ansiedade-E	IDATE-E	35	Abaixo da média
Trimestre	Ansiedade-T	IDATE-T	55	Acima da média
	Histórico de depressão	MINI	Cat 3	Transtorno distímico atual
	Consumo de álcool	Consumo cerveja/vodka	Afirmativo	3 x por semana
	Depressão gestacional	EPDS	10	Média
Terceiro	Ansiedade-E	IDATE-E	32	Abaixo da média
Trimestre	Ansiedade-T	IDATE-T	55	Acima da média
	Histórico de depressão	MINI	Cat 3	Transtorno distímico atual
	Consumo de álcool	Consumo cerveja/vodka	Afirmativo	3 x por semana
	Depressão gestacional	EPDS	12	Acima da média
	Ansiedade-E	IDATE-E	35	Abaixo da média
Pos-Parto	Ansiedade-T	IDATE-T	55	Acima da média
	Histórico de depressão	MINI	Cat 3	Transtorno distímico atual
	Consumo de álcool	Consumo cerveja/vodka	Afirmativo	3 x por semana

Avaliação do desenvolvimento da criança

Laura nasceu por via natural após 40 semanas de gestação, com peso de 2.795 kg e 47 cm de comprimento. A mãe relatou que desde o nascimento ela sempre foi muito “chorona”, não gostava de dormir e parecia brigar constantemente com o sono. Aos 5 meses de idade, começou a frequentar a casa da vizinha que funcionava como uma creche no bairro onde morava. Foi amamentada até os 8 meses, contudo, recebia complemento alimentar desde o quarto mês de vida. Durante as avaliações do desenvolvimento, a criança sempre estava vestida adequadamente e em todos os encontros foi observado que ela tinha muita dificuldade em ficar separada da mãe. Todavia, a mãe permitia que ela ficasse nos braços de qualquer dos avaliadores ainda que estivesse chorando, pois dizia

que não aguentava o peso dela e se sentia muito cansada.

As avaliações do desenvolvimento do bebê foram realizadas seguindo o protocolo das BSID III. Embora a bebê tenha sido convidada para a primeira avaliação aos 6 meses de idade, ela compareceu apenas aos 12 meses e 27 dias. Na primeira avaliação, a criança obteve escore entre a média superior e a média inferior para todas as escalas. Durante a segunda avaliação, aos 18 meses e 29 dias de idade, ela obteve escores na média para cognição, linguagem e escala motora; média inferior para escala de comportamento e; escore deficitário para a escala socioemocional. A terceira e a última avaliação foi realizada quando Laura estava com 23 meses e 15 dias de idade na qual a criança obteve escores diferentes em quatro das cinco escalas. Na escala motora, foi detectado um escore superior, demonstrando altas habilidades de locomoção; na linguagem, apresentou escores na média e; média inferior para a escala cognitiva e comportamental. Todavia, a escala socioemocional continuou sendo a escala com escore mais baixo, revelando um escore limítrofe. Informações mais detalhadas sobre esses resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Escores Obtidos através das Escalas Bayley do Desenvolvimento Infantil III

Table 2. Scores Obtained through the Bayley Scales of Child Development III

	I		II		III	
	Z-score	Percentil	Z-score	Percentil	Z-score	Percentil
Escala Cognitiva	0,7	75	-0,3	37	-0,9	18
Escala da Linguagem	0,2	58	-0,2	42	0,4	66
Escala Motora	1	84	0,6	75	1,7	96
Escala Socio-emocional	-0,8	21	-2,1	2	-1,5	7
Escala Comportamental	-0,9	19	-0,9	18	-0,7	23

I = Primeira Avaliação; II = Segunda Avaliação; III = Terceira Avaliação

Discussão

O exercício da maternidade envolve diferentes momentos e experiências da mulher, tais como, padrões culturais, apoio social, história e relação com modelos parentais e o acesso às informações sobre desenvolvimento infantil. Pesquisadores (Bolsoni-Silva *et al.*, 2016; Goodman *et al.*, 2011; Nardi *et al.*, 2015) têm apontado que a saúde mental materna influencia diretamente o desenvolvimento da criança, sendo que a depressão perinatal pode prejudicar a relação mãe-bebê, afetando o desenvolvimento

neurológico, linguístico, cognitivo, comportamental e socioemocional (Carlesso *et al.*, 2014).

Na presente pesquisa, verificou-se que a mãe apresentou sintomas depressivos durante o primeiro trimestre gestacional e no período pós-parto. Outrossim, foi verificado estado de ansiedade moderado durante as avaliações e traços de ansiedade durante todos os trimestres da gestação e no puerpério, sugerindo reações exageradas diante de situações percebidas como aversivas ou ameaçadoras. Conforme Seimyr *et al.*, (2013), o estresse no desempenho do papel parental em mulheres com histórico de alteração da saúde mental antes do período gestacional está relacionado com maior vulnerabilidade ao desencadeamento da depressão durante o período gestacional e puerperal.

Dados sociodemográficos e da saúde mental de Celina indicaram que ela convivia com fatores de risco como baixa renda, baixo nível de escolaridade, consumo de substâncias aditivas (ex.: álcool), estigma associado ao fato de ser mãe solteira, falta de suporte marital, familiar e social. Esses resultados corroboram com uma recente revisão da literatura (Kliemann *et al.*, 2017), em que a maioria das características da mãe mostra-se como indicadores de risco para a saúde mental perinatal, sugerindo que estes fatores podem ter contribuído para o desencadeamento dos sintomas depressivos de Celina, levando-a a apresentar um estado distímico durante a gravidez e no período pós-parto.

Ademais, é possível que os sintomas depressivos possam tê-la influenciado a apresentar dificuldades de criar um vínculo afetivo positivo com a filha, sendo menos sensível aos sinais dela (Krob *et al.*, 2017). Durante as entrevistas relatou que, por vezes, expressou desentendimento e atitudes negativas, mostrando-se pouco disponível, triste, irritável, ansiosa e com dificuldades em práticas disciplinares. Além disso, relatou ter uma avaliação negativa da criança e do exercício da maternidade.

A presença de vínculo afetivo negativo materno pode comprometer o funcionamento infantil desencadeando ainda mais agressividade. De acordo com Alvarenga e Palma (2013), a criança que comumente age com raiva, provoca raiva,

recebe raiva e fica com raiva, desenvolvendo-se como sendo uma criança triste. Deste modo, perturbações nas interações iniciais, ocasionadas especialmente por sintomas depressivos da mãe, podem contribuir para o aparecimento de problemas emocionais e comportamentais na criança (Alvarenga e Palma, 2013). O impacto do comportamento depressivo materno e as condições de ambientes em desvantagem ou de risco podem desencadear um possível desenvolvimento de psicopatologias infantis (Cardoso *et al.*, 2017).

Pesquisadores têm demonstrado que um histórico significativo de depressão materna no início da gestação acarreta um efeito cumulativo sobre a presença de problemas de comportamento em crianças (Bagner *et al.*, 2010). Em alguns momentos das avaliações, Laura apresentou dificuldades nos seus padrões comportamentais, interações sociais e aspectos emocionais esperados para sua idade. Conforme Cardoso *et al.*, (2017) quanto mais cedo ocorrer a exposição da criança à depressão materna, menos anos de desenvolvimento saudável ela terá vivenciado, ou seja, ela terá crescido com os efeitos negativos de uma pobre interação entre mãe-bebê, escassos cuidados e baixa regulação emocional.

A depressão da Celina pode ter sido um dos fatores que impactou de forma negativa as interações iniciais com Laura, favorecendo riscos para o desenvolvimento de desordens comportamentais, afetivas e sociais, conforme indicado em outras pesquisas (Brum e Schermann, 2006; Raposa *et al.*, 2014). Cardoso *et al.* (2017) identificaram que a depressão materna influencia a presença de problemas de comportamento nas crianças, representados tanto por níveis mais elevados de internalização (problemas de pensamento) como de externalização (quebra de regras), ambos repercutindo sobre os níveis de afeto e socialização da criança.

No presente estudo, constatou-se que Laura obteve escores baixos para os domínios relacionados à socialização e ao comportamento. Os autores Cid e Matsukura (2010) buscaram explicar a associação entre a depressão materna e os déficits nos domínios nomeados anteriormente, sugerindo que transtorno mental materno pode afetar o estilo parental adotado por algumas mães ao lidarem com seus filhos nas

diferentes situações cotidianas e, por sua vez, o estilo parental adotado influencia significativamente o desenvolvimento da criança.

Entende-se que a rede de apoio social auxilia em momentos de estresse e favorece a superação de adversidades que surgem ao longo da vida, sendo um fator de proteção para o exercício da maternidade. Tal rede de apoio é parte do contexto comunitário e, como tal, impacta as relações familiares e a díade mãe-bebê. Os microsistemas dos quais Celina participava eram principalmente a casa, a creche da vizinha, o trabalho e o hospital público. Conforme Bronfenbrenner (1996), os microsistemas atuam de forma inter-relacionada e são os ambientes em que a pessoa em desenvolvimento participa, permitindo a vivência de papéis, relações interpessoais e padrões de atividades. Como rede de apoio, esses sistemas atuam como transformadores potenciais. Neste contexto, Celina contava com uma rede de apoio frágil devido à falta de contato com os familiares e amigos, a ausência de uma situação conjugal estável e de uma figura paterna. Esses fatores podem ter influenciado de forma negativa a interação mãe-bebê, bem como o desenvolvimento comportamental e socioemocional de Laura. A falta de suporte familiar de Celina revelou a falta de solidez da rede de apoio social, evidenciando um empobrecimento na interação entre microsistemas (Bronfenbrenner, 1996).

Desta forma, os fatores geradores de risco ou proteção ligados à díade mãe-bebê relacionavam-se ao contexto que estavam inseridos. A maneira como Celina identificava e buscava a rede de apoio dependia da interação com o contexto onde residia, formando-se um ciclo de retroalimentação entre a díade e a comunidade, produzindo resultados de risco. Segundo Andrade *et al.* (2005), a estimulação em casa é reduzida para as crianças cujo principal cuidador não possui companheiro estável ou não disponha do convívio paterno. A presença positiva do companheiro pode ser favorável à qualidade de estimulação disponível no ambiente familiar, podendo também influenciar positivamente na função materna.

Conforme Bronfenbrenner e Morris (1998), as características da pessoa não são estáticas e podem ser modificadas, ainda que esteja submetida a condições adversas.

Assim, elas são vistas tanto como produtoras quanto como produtos do desenvolvimento, pois constituem um dos elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais e, ao mesmo tempo, são resultado da interação conjunta destes elementos - processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 1999). A capacidade de influenciar os processos proximais está ligada a três grupos de características pessoais, como demanda, disposição e recurso.

Pesquisas vêm apontando a escolaridade materna como fator de proteção para o exercício da maternidade e o desenvolvimento saudável da criança (McDonald *et al.*, 2016; Meinck *et al.*, 2015; Walker *et al.*, 2011). Quanto mais anos de escolaridade da mãe, maior o domínio da língua e, provavelmente, maior a interação entre mãe-filho (Hudson *et al.*, 2015). A alta escolaridade pode estar associada com satisfação laboral e ampliação de laços sociais, que afetam de forma positiva a auto estima e a motivação de gerar experiências ricas e positivas para a criança, possibilitando acesso a brinquedos e outros elementos ligados ao desenvolvimento infantil (Hudson *et al.*, 2015). Como foi observado nos resultados do presente estudo, a baixa escolaridade materna afetou de forma negativa a qualidade do desenvolvimento de Laura, tanto em termos cognitivos como sociais e comportamentais.

Embora a criança analisada tenha apresentado padrões de desenvolvimento adequado, observado na curva de pontuação do crescimento cognitivo da BSID III, verificou-se um declínio nos escores obtidos durante as avaliações cognitivas. Escores percentuais foram utilizados para comparar Laura com crianças de sua idade nas diferentes faixas etárias avaliadas e apontou que ela teve dificuldade em se acalmar fora dos braços de sua mãe, apresentando birras e indiferença frente aos avaliadores. No que se refere à interação com o instrumento, a criança revelou interesse em interagir com alguns brinquedos, entretanto, não demonstrou nenhuma atenção às brincadeiras imaginativas quando era solicitada (e.g.: colocar a boneca para dormir; dar ou fazer alguma comida para a boneca). Na terceira e na última avaliação, Laura demonstrou irritação, mostrava menos interesse na interação com os avaliadores e nos brinquedos e ignorava comandos dados pela mãe ou outros avaliadores. Embora parecesse

compreender (linguagem receptiva) e se comunicar como uma criança de sua idade, conforme observado durante a avaliação da escala da linguagem, escores relacionados ao seu desenvolvimento socioemocional e comportamental revelaram resultados abaixo do esperado.

Os escores sensoriais da escala socioemocional indicaram um desenvolvimento dentro da média, porém, a criança demonstrou insegurança nas suas interações sociais e mesmo ao fazer uso de gestos para interagir com outros. Na maior parte das interações, Laura utilizava o choro e/ou gritos para se comunicar e demonstrava agressividade quando exposta a frustração. Estudos anteriores indicaram que filhos de mães deprimidas comumente apresentam comportamentos opostos, agressivos e mais propensos ao desenvolvimento de comportamento antissocial e problemas de regulação emocional (Kim-Cohen *et al.*, 2005; Mendes *et al.*, 2008; Tronick e Reck, 2009).

Visando uma melhor compreensão da interação e dos comportamentos emitidos pela díade mãe-bebê numa perspectiva bioecológica, é crucial levar em consideração a interdependência entre eles, a causalidade circular, o contexto em que vivem, bem como os processos proximais que podem produzir dois tipos de efeitos: 1) competência, que se refere à aquisição e desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, e capacidade para conduzir seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como através de uma combinação entre eles; e 2) disfunção, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento através de situações e diferentes domínios do desenvolvimento (Bronfenbrenner e Morris, 1998), conforme foi observado em Laura. O presente estudo corrobora que o impacto de forma negativa é maior em ambientes desfavoráveis ou desorganizados, pois nestes ambientes as manifestações de disfunção são mais frequentes e mais severas (Bronfenbrenner, 1999).

Considerações Finais

Os achados deste estudo de caso corroboraram pesquisas anteriormente citadas a respeito do impacto negativo dos transtornos mentais em gestantes, bem como de

fatores de risco sociodemográficos e psicossociais sobre a relação materno-fetal e o desenvolvimento da criança, e reforçam a importância da realização de estudos empíricos e intervenções que promovam a saúde materno-infantil, favorecendo a compreensão de variáveis que influenciam os processos de desenvolvimento. Em geral, os profissionais de saúde possuem recursos limitados ou não estão preparados para a resolução desses desafios, diminuindo a confiança e a motivação para lidar com essa realidade.

Faz-se mister incentivar o aprimoramento de programas de prevenção voltados à saúde mental de todas as mulheres a serem desenvolvidos antes, durante e após a gravidez, e em especial, para aquelas que dispõem de uma rede social de apoio frágil. Não menos importante é a criação de programas de capacitação destinados a avaliações do desenvolvimento infantil, uma vez que cuidar da saúde das crianças e de seu desenvolvimento deve ser uma tarefa indispensável e de caráter urgente. Consideramos que muito esforço tem sido dispensado para a implementação de programas de reabilitação, mas pouco tem sido feito para implementação de programas de prevenção.

Os primeiros quatro anos da criança são reconhecidos como críticos para estabelecimento de uma fundação sólida para um desenvolvimento saudável. Nesse sentido, a detecção precoce de fatores de risco que podem levar a atrasos no desenvolvimento neuropsicológico infantil contribui para a prevenção de deficiências tanto cognitivas como emocionais. Por fim, sugere-se a realização de novos estudos sobre a relação entre a depressão e a ansiedade materna no desenvolvimento inicial, visando compreender mais aprofundadamente as relações entre os fatores estudados.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao professor Dr. Gilberto Kac (UFRJ) por possibilitar a realização das avaliações neuropsicológicas em bebês em um estudo sob sua coordenação e a colaboração em estudos de interesses convergentes entre a UFRJ, a UFRRJ e a PUC-Rio.

Referências

- ALVARENGA, P., E PALMA, E. M. S. 2013. Indicadores de depressão materna e a interação mãe-criança aos 18 meses de vida. *Psico*, 44(3), 402-410.
- ANDERSEN, A.-M. N., ANDERSEN, P. K., OLSEN, J., GRØNBÆK, M., E STRANDBERG-LARSEN, K. 2012. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *International journal of epidemiology*, 41(2), 405-413.
- ANDERSSON, L., SUNDSTRÖM-POROMAA, I., WULFF, M., ÅSTRÖM, M., E BIXO, M. 2006. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944.
- ANDRADE, S. A., SANTOS, D. N., BASTOS, A. C., PEDROMÔNICO, M. R. M., ALMEIDA-FILHO, N. D., E BARRETO, M. L. 2005. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de saúde Pública*, 39(4), 606-611.
- BAGNER, D. M., PETTIT, J. W., LEWINSOHN, P. M., E SEELEY, J. R. 2010. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 49(7), 699-707.
- BAYLEY, N. 2006. *Bayley scales of infant and toddler development: Bayley-III* (Vol. 7): Harcourt Assessment, Psych. Corporation San Antonio, Tex, USA.
- BENER, A., GERBER, L. M., E SHEIKH, J. 2012. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *International journal of women's health*, 4, 191.
- BERTRAND, J., FLOYD, L., E WEBER, M. 2005. Fetal Alcohol Syndrome Prevention Team, Division of Birth Defects and Developmental Disabilities, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. *MMWR Recommendations and Reports*, 54, 1-14.
- BIAGGIO, A., E NATALÍCIO, L. 1979. Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). *Rio de Janeiro: CEPA*, 15.
- BOLSONI-SILVA, A. T., LOUREIRO, S. R., E MARTURANO, E. M. 2016. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, 47(2), 111-120.
- BRONFENBRENNER, U. 1996. *A ecologia do desenvolvimento humano*: Porto Alegre: Artes Médicas.
- BRONFENBRENNER, U. 1999. Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models.
- BRONFENBRENNER, U., E MORRIS, P. A. 1998. The ecology of developmental processes.
- BRUM, E. H. M., E SCHERMANN, L. 2006. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 37(2), 151-158.

- CARDOSO, T. D. S. G., SIQUARA, G. M., E DE FREITAS, P. M. 2017. Relações entre depressão materna e problemas de comportamento em crianças. *Psicologia Argumento*, 32(79).
- CARLESSO, J. P. P., SOUZA, A. P. R. D., E MORAES, A. B. D. 2014. Maternal depression and clinical risk indicators in child development. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510.
- CASTRO ALMEIDA, N. M., E DA ROCHA ARRAIS, A. 2016. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(4).
- CATTELL, R. B., E SCHEIER, I. H. 1961. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.
- CID, M. F. B., E MATSUKURA, T. S. 2010. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. *Mundo saúde (Impr.)*, 34(1), 73-81.
- COATES, A. O., SCHAEFER, C. A., E ALEXANDER, J. L. 2004. Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31(2), 117-133.
- COOPER, D. L., PETHERICK, E. S., E WRIGHT, J. 2013. The association between binge drinking and birth outcomes: results from the Born in Bradford cohort study. *Journal of Epidemiology Community Health*, 67(10), 821-828.
- COX, J. L., HOLDEN, J. M., E SAGOVSKY, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- DONELLI, T. M. S., CHEMELLHO, M. R., E LEVANDOWSKI, D. C. 2017. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 21(1).
- DOYLE, L. R., E MATTSON, S. N. 2015. Neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure (ND-PAE): review of evidence and guidelines for assessment. *Current developmental disorders reports*, 2(3), 175-186.
- FALGREEN ERIKSEN, H. L., MORTENSEN, E. L., KILBURN, T., UNDERBJERG, M., BERTRAND, J., STØVRING, H., . . . KESMODEL, U. S. 2012. The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year-old children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics e Gynaecology*, 119(10), 1191-1200.
- FISHER, J., MELLO, M. C. D., PATEL, V., RAHMAN, A., TRAN, T., HOLTON, S., E HOLMES, W. 2012. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149.
- FLAK, A. L., SU, S., BERTRAND, J., DENNY, C. H., KESMODEL, U. S., E COGSWELL, M. E. 2014. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(1), 214-226.
- GLOVER, V. 2014. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice e research Clinical obstetrics and gynaecology*, 28(1), 25-35.

- GOODE, W., E HATT, P. 1952. The case study. *Methods of Social Research, New York: McGraw-Hill*, 330-340.
- GOODMAN, S. H., ROUSE, M. H., CONNELL, A. M., BROTH, M. R., HALL, C. M., E HEYWARD, D. 2011. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 1-27.
- GRIEP, R. H., CHOR, D., FAERSTEIN, E., WERNECK, G. L., E LOPES, C. S. 2005. Validade de constructo de escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-Saúde [Construct validity scale of Social Support from the Medical Outcomes Study adapted to Portuguese in Pro study-Health]. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- HERGUETA, T., BAKER, R., E DUNBAR, G. C. 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 2233.
- HUDSON, S., LEVICKIS, P., DOWN, K., NICHOLLS, R., E WAKE, M. 2015. Maternal responsiveness predicts child language at ages 3 and 4 in a community-based sample of slow-to-talk toddlers. *International journal of language and communication disorders*, 50(1), 136-142.
- KIM-COHEN, J., MOFFITT, T. E., TAYLOR, A., PAWLBY, S. J., E CASPI, A. 2005. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 173-181.
- KLIEMANN, A., BÖING, E., E CREPALDI, M. A. 2017. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.
- KROB, A. D., GODOY, J. D., LEITE, K. P., E MORI, S. G. 2017. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), 3-16.
- LI, D., LIU, L., E ODOULI, R. 2008. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(1), 146-153.
- LIMA, M. D. O. P., TSUNECIRO, M. A., BONADIO, I. C., E MURATA, M. 2017. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 39-46.
- LOVISI, G. M., LOPEZ, J. R. R., COUTINHO, E. S. F., E PATEL, V. 2005. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological medicine*, 35(10), 1485-1492.
- LYNCH, M. E., KABLE, J. A., E COLES, C. D. 2015. Prenatal alcohol exposure, adaptive function, and entry into adult roles in a prospective study of young adults. *Neurotoxicology and Teratology*, 51, 52-60.
- MADASCHI, V., MECCA, T. P., MACEDO, E. C., E PAULA, C. S. 2016. Bayley-III Scales of Infant and Toddler Development: Transcultural Adaptation and Psychometric Properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26, 189-197.

- MANENTE, M. V., E RODRIGUES, O. M. P. R. 2016. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. *Pensando famílias*, 20(1), 99-111.
- MARANHÃO, T. A., GOMES, K. R. O., E DA SILVA, J. M. N. 2014. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação Factors affecting young mothers' social and family relations after pregnancy Factores que afectan las relaciones familiares y. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 998-1008.
- MARTINI, J., PETZOLDT, J., EINSLE, F., BEESDO-BAUM, K., HÖFLER, M., E WITTCHEN, H.-U. 2015. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395.
- MCDONALD, S., KEHLER, H., BAYRAMPOUR, H., FRASER-LEE, N., E TOUGH, S. 2016. Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in developmental disabilities*, 58, 20-30.
- MEINCK, F., CLUVER, L. D., BOYES, M. E., E MHLONGO, E. L. 2015. Risk and protective factors for physical and sexual abuse of children and adolescents in Africa: A review and implications for practice. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(1), 81-107.
- MENDES, A. V., LOUREIRO, S. R., E CRIPPA, J. A. S. 2008. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 178-186.
- NARDI, C. G. D. A., RODRIGUES, O. M. P. R., MELCHIORI, L. E., SALGADO, M. H., E TAVANO, L. D. A. (2015). Infants with Pierre Robin Sequence: Maternal mental health and mother-infant interaction. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(1), 129-140.
- NYKJAER, C., ALWAN, N. A., GREENWOOD, D. C., SIMPSON, N. A., HAY, A. W., WHITE, K. L., E CADE, J. E. 2014. Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2013-202934.
- PATRA, J., BAKKER, R., IRVING, H., JADDOE, V. W., MALINI, S., E REHM, J. 2011. Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(12), 1411-1421.
- PEREIRA, P. K., E LOVISI, G. M. 2008. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(4), 144-153.
- POLANSKA, K., JUREWICZ, J., E HANKE, W. 2015. Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment—A review of epidemiological studies. *International journal of occupational medicine and environmental health*.
- PRATES, L. A., SCHMALFUSS, J. M., E LIPINSKI, J. M. 2015. Rede de apoio social de puerperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(2), 310-315.
- RAPOPORT, A., E PICCININI, C. A. 2011. Motherhood and stressful situations in the first year of the baby's life. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.

- RAPOSA, E., HAMMEN, C., BRENNAN, P., E NAJMAN, J. 2014. The long-term effects of maternal depression: early childhood physical health as a pathway to offspring depression. *Journal of Adolescent Health*, 54(1), 88-93.
- RIBEIRO, J. L. P. 2009. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Bem estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde*.
- RODRIGUEZ CEBERIO, M., E WATZLAWICK, P. 2006. La construcción del universo: conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. *Cap. I. Edit. Herder*.
- RUSCHI, G. E. C., SUN, S. Y., MATTAR, R., CHAMBÔ FILHO, A., ZANDONADE, E., E LIMA, V. J. D. 2007. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*.
- SANTOS, M., MARTINS, F., E PASQUALI, L. 2000. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos*, 97-101.
- SAYAL, K., HERON, J., GOLDING, J., E EMOND, A. 2007. Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. *Pediatrics*, 119(2), e426-e434.
- SCHWARTZ, T., VIEIRA, R., E GEIB, L. T. C. 2011. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(5).
- SEIMYR, L., WELLES-NYSTRÖM, B., E NISSEN, E. 2013. A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. *Midwifery*, 29(2), 122-131.
- SILVA CRUZ, E. B., SIMÕES, G. L., E FAISAL-CURY, A. 2005. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188.
- SILVERMAN, M. E., REICHENBERG, A., SAVITZ, D. A., CNATTINGIUS, S., LICHTENSTEIN, P., HULTMAN, C. M., . . . SANDIN, S. 2017. The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and anxiety*, 34(2), 178-187.
- SOUZA, M. S., E BAPTISTA, M. N. 2017. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Revista Psicologia Argumento*, 26(54), 207-215.
- SKAZUFKA, E. T. 2000. *Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados em mães que deram à luz em um hospital universitário do município de São Paulo*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- SPIELBERGER, C. D. 2010. *State-Trait anxiety inventory*: Wiley Online Library.
- STEIN, A., ARTECHE, A., LEHTONEN, A., CRASKE, M., HARVEY, A., COUNSELL, N., E MURRAY, L. 2010. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development*, 33(3), 273-278.
- SU, K.-P., CHIU, T.-H., HUANG, C.-L., HO, M., LEE, C.-C., WU, P.-L., . . . CHIU, W.-C. 2007. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General hospital psychiatry*, 29(5), 436-441.

- SUNDELIN-WAHLSTEN, V., HALLBERG, G., E HELANDER, A. 2017. Higher alcohol consumption in early pregnancy or low-to-moderate drinking during pregnancy may affect children's behaviour and development at one year and six months. *Acta Paediatrica*, 106(3), 446-453.
- TRONICK, E., E RECK, C. 2009. Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 147-156.
- UNDERBJERG, M., KESMODEL, U. S., LANDRØ, N. I., BAKKETEIG, L., GROVE, J., WIMBERLEY, T., KILBURN TR, SVÆRKE C, THORSEN P, MORTENSEN, E. L. 2012. The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on selective and sustained attention in 5-year-old children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics e Gynaecology*, 119(10), 1211-1221.
- WALKER, S. P., WACHS, T. D., GRANTHAM-MCGREGOR, S., BLACK, M. M., NELSON, C. A., HUFFMAN, S. L., BAKER-HENNINGHAM, H., CHANG, S M, HAMADANI, J D, GARDNER, J M, POWELL, C A, RAHMAN, A, RICHTER, L, LOZOFF, B. 2011. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338.
- WARE, A. L., CROCKER, N., O'BRIEN, J. W., DEWEESE, B. N., ROESCH, S. C., COLES, C. D., . . . SOWELL, E. R. 2012. Executive function predicts adaptive behavior in children with histories of heavy prenatal alcohol exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(8), 1431-1441.
- YIN, R. 2010. Pesquisa Estudo de Caso-Planeamento e Métodos. 4ª edição: Porto Alegre: Bookman Editora.

Recebido em: 25.01.18

Aceito em: 21.08.18