Renata Runavicius Toledo

**Retração precoce do bebê e humor de
gestantes adolescentes de baixa renda**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Mestre

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Francisco Baptista
Assumpção Jr.

SÃO PAULO
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo

Toledo, Renata Runavicius.

Retração precoce do bebê e humor de gestantes adolescentes de baixa renda/
Renata Runavicius Toledo; orientador Francisco Baptista Assumpção Júnior. São Paulo,
2009

103p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de
Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo

DEDICATÓRIA

À minha família e, especialmente ao meu marido, Fábio, que me ensinaram as prioridades da vida e souberam entender a minha ausência nos momentos em que minha presença se fazia necessária.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, pelos nossos longos bate-papos diários e pela nossa cumplicidade. Minha admiração e gratidão.

À minha mãe, luz deste meu trabalho, pela persistência e por não desistir da nossa diáde!

Ao Fábio, pelas muitas renúncias aos momentos de lazer, para aceitar o desafio de me ajudar na realização deste sonho.

Ao Ricardo, pelo amor fraterno que nos aproximou nos medos, nos momentos difíceis e nas alegrias.

À família Mardegan, minha nova família, pelo apoio também na execução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, pelas concordâncias e discordâncias, que muito me orientaram e me fizeram crescer.

À Dra. Evelyn Kuczynski, pelas enriquecedoras contribuições no exame de qualificação.

À Prof^a. Dra. Leila Tardivo por seu apoio e incentivo à formação na psicologia e pelas sugestões e estímulo no exame de qualificação.

À Casa do Adolescente e colaboradores que abriram as portas generosamente para a execução desta pesquisa.

Às mães envolvidas nesta pesquisa que se dispuseram a participar deste trabalho.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

TOLEDO, R.R. Retração precoce do bebê e humor de gestantes adolescentes de baixa renda. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas quanto ao seu bem-estar, alterando seu psiquismo. Depressão é um transtorno mental relativamente comum durante a gravidez, associado a diversos fatores de risco. Os sintomas da depressão são frequentemente confundidos com as oscilações de humor normais da gravidez. A ocorrência de depressão em gestantes pode incorrer em consequências no desenvolvimento da criança.

O objetivo deste trabalho foi o de verificar se filhos de mães deprimidas apresentam diferença no índice de Apgar, peso, altura e sinais de retração, comparados àqueles cujas mães não sofreram de depressão.

Para isso, foram avaliadas quarenta díades mãe-bebê utilizando os seguintes instrumentos: “Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton”, “Índice de Apgar” e “Escala de Avaliação da Reação de Retração no Bebê”.

Os resultados dos dois grupos (mães deprimidas e não deprimidas) foram comparados estatisticamente. Todas as mães foram submetidas aos instrumentos acima relacionados de maneira padronizada. Não foram observadas diferenças entre os índices de Apgar, peso ou altura. No entanto, observou-se uma tendência de diferença entre filhos de mães deprimidas e não deprimidas quanto aos sinais de retração.

Concluiu-se que crianças filhas de mães deprimidas não apresentaram alterações em grande parte das categorias avaliadas durante os primeiros seis meses de vida, observando-se uma tendência a manifestarem maior frequência de sinais de retração, dado que justifica a avaliação de uma amostra maior.

Palavras-chave: Depressão pré-parto; Retração precoce do bebê; desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

TOLEDO, R.R. Early distress in babies and mood of pregnant adolescents of low income. Dissertation (Masters) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Pregnancy is a transition period which is natural to the process of human development. There are major transformations, not only physiological, but also in the well being of women which alters their psyche. Depression is a relatively common mental disorder that can be associated with several risk factors. The symptoms of depression are frequently mistaken for mood swings which are common during pregnancy. The presence of depression can lead to consequences in the development of the child.

The objective of this paper is to verify if children from depressed mothers present differences in Apgar scores, weight, height and signs of distress when compared to children whose mothers did not suffer from depression.

In order to do so, forty mother-baby dyads were evaluated using the following tests: “Hamilton Rating Scale for Depression”. “Apgar scores” and “The Baby Alarm Distress Scale”.

The results from both groups (depressed mothers and non-depressed mothers) were compared statistically. All the mothers were subjected to the tests listed above in a standardized manner. There were no differences observed in the Apgar scores, weight or height, however a tendency was observed in the difference between children from depressed mothers and non-depressed mothers when analyzed for signs of distress.

It was concluded that children from depressed mothers do not present changes in most of the evaluated categories for the first six months, observing that there is a tendency for children to present signs of distress more frequently, data which justifies the evaluation of a bigger sample of patients.

Key words: Prenatal depression; Early distress in babies; Infant development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação do Índice de Apgar	40
Tabela 2: Porcentagem de mães deprimidas e não deprimidas segundo escala de Hamilton.....	44
Tabela 3: Correlação entre Apgar 5 minutos dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas.....	45
Tabela 4: Correlação entre peso dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas.....	45
Tabela 5: Correlação entre altura dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas.....	45
Tabela 6: Correlação entre escores de retração precoce dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas.....	46
Tabela 7: Correlação entre peso dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas.....	46
Tabela 8: Correlação entre altura dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas.....	46
Tabela 9: Correlação da retração precoce dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas.....	47
Tabela 10: Relação entre os escores da escala de Hamilton em gestantes, no sétimo mês de gravidez, e os resultados de retração ao parto e aos seis meses do nascimento	47
Tabela 11: Escores da escala de Hamilton nos três momentos estudados.....	47
Tabela 12: Hamilton aos sete meses de gravidez X Hamilton ao parto.....	48
Tabela 13: Hamilton ao parto X Hamilton aos seis meses após o parto.....	49
Tabela 14: Hamilton aos sete meses de gravidez X Hamilton aos seis meses após o parto.....	49

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Evolução dos escores da escala de Hamilton e escala de Avaliação da Reação de Retração Prolongada da Criança Pequena.....	50
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO.....	15
1.2	DEPRESSÃO.....	26
1.3	DEPRESSÃO E GRAVIDEZ.....	27
1.4	DEPRESSÃO MATERNA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	29
2	OBJETIVO.....	35
3	MÉTODOS.....	36
3.1	SUJEITOS.....	36
3.2	INSTRUMENTOS.....	37
3.2.1	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON.....	37
3.2.2	AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL – PELOTAS.....	38
3.2.3	ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RETRAÇÃO DO BEBÊ.....	39
3.2.4	ÍNDICE DE APGAR.....	40
3.2.5	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40
3.3	PROCEDIMENTOS.....	41
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
4	RESULTADOS.....	44
5	DISCUSSÃO.....	51
6	CONCLUSÃO.....	65
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
8	ANEXOS.....	78

1. INTRODUÇÃO

Um novo ser começa com a fecundação. Assim que o espermatozóide penetra no óvulo, forma-se um ovo humano ou zigoto, célula a partir da qual se desenvolverá uma nova pessoa. Todo potencial desse novo ser concentra-se nessa célula, a qual, uma vez formada, dará início à sua divisão e multiplicação. A fertilização ocorre nas trompas uterinas. Os espermatozóides devem alcançar o óvulo quando esse se desloca pela trompa. Se isso não acontecer, o óvulo vai perdendo vitalidade e morre antes de entrar no útero.

Os espermatozóides, impulsionados pelas caudas, recebem ajuda dos movimentos uterinos para chegarem às trompas e fecundarem o óvulo. Das centenas de milhões de espermatozóides de uma ejaculação, apenas alguns milhares penetram nas trompas e, alguns poucos, alcançam as imediações do óvulo. Antes de introduzir-se, o espermatozóide reconhece o óvulo como pertencente a sua mesma espécie. Esse dinamismo é necessário para que possa ocorrer a penetração.

O óvulo libera substâncias químicas que atraem os espermatozóides, e estes liberam substâncias que atraem o óvulo. Assim que um deles atravessa a membrana que rodeia o óvulo, fecundando-o, ela se torna impermeável, impedindo a entrada de outros espermatozóides.

Com a formação do zigoto tem início o processo de reprodução celular (mitoses sucessivas). Na semana de fecundação, o novo ser já tem mais de uma centena de células.

O período embrionário se dá cerca de catorze dias depois da fecundação, dando início ao processo de formação da placenta.

Com a confirmação da gravidez, surgem na mãe sentimentos ambivalentes (aceitação e rejeição da criança), preocupações com a saúde do bebê, medo de desenvolvimento dessa nova situação e também do parto, e ansiedade pela responsabilidade de cuidar do bebê.

A psicologia da mulher gestante é a culminação do processo evolutivo que se iniciou com o parto da mãe dela, ou seja, com seu próprio nascimento. Apesar da gravidez ser caracterizada como fenômeno normal na vida humana, é um momento de mudanças nas quais se sobrepõem o psíquico e o físico, o atual e o passado, a mãe e a filha.

A nova sensação de plenitude leva a mãe a centrar-se em si mesma, nas transformações do seu corpo e em seus estados afetivos.

A gravidez, como uma situação de conflito que envolve toda a família, representa um momento de grande mobilização de energias que criam a possibilidade de entrever novas funções, novas relações, novas soluções.

Durante o período gravídico ocorrem na mulher modificações endócrinas, metabólicas, neuro-vegetativas e do meio sanguíneo, que são fenômenos de adaptação à elevada finalidade biológica da maternidade (GRIFFA e MORENO, 2005).

Assim, para Michaelis (2004), gestação corresponde ao período de tempo em que se desenvolve o embrião no útero, desde a concepção até o nascimento.

Durante a gestação, a mulher está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, e vivencia um período de reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social que a faz ficar propensa a uma multiplicidade de sentimentos (FALCONE et al., 2005).

A ansiedade é um componente emocional que pode acompanhar todo o período gestacional e é caracterizada por um estado de insatisfação, insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (BAPTISTA et al., 2006). Dessa forma, a gestação é um período que envolve grandes mudanças biopsicossociais, provocando transformações não só no organismo da mulher mas também no seu bem-estar, o que altera seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Deve-se levar em conta o fato de a gravidez ser um período que envolve não apenas a mulher mas também o seu companheiro e o seu meio social imediato (SOIFER, 1992). A gravidez é uma transição que faz parte do processo de desenvolvimento e envolve a necessidade de reestruturação em várias dimensões; uma delas é a mudança de identidade e a nova definição de papéis. A gestação, portanto, compreende uma lenta evolução em nível de transformações (MALDONADO, 1988).

Em contrapartida, o parto é um processo abrupto, caracterizado por mudanças rápidas (CHIATTONE, 2006). A mulher o teme como algo desconhecido, doloroso e também como momento inaugural de concretude da relação mãe-filho; teme também o papel de mãe por este ser mitificado e conter a exigência de a mãe ser um modelo de perfeição. Com todas essas exigências, a gestante chega ao parto, muitas vezes, sem refletir sobre seus desejos, suas possibilidades e suas limitações (PAMPLONA, 1990). Situar a gravidez como transição não significa que o período crítico termine com o parto, pois grande parte das mudanças maturacionais ocorre após a mulher dar à luz, e, dessa forma, o puerpério deve ser considerado a continuação do período de transformação, pois implica modificações fisiológicas assim como da rotina e do relacionamento familiar. A gestação é considerada uma experiência que provoca

conflitos de natureza biopsicossocial, solicitando um trabalho psíquico de reordenamento de papéis familiares (MALDONADO, 1988).

Estudos indicam que a depressão na gestação não é um evento incomum e, que, quando comparado esse período a outros momentos da vida da mulher, as taxas de depressão não diferem. Os sintomas depressivos parecem ser mais frequentes na gestação, especialmente no seu início ou final (O'HARA et al., 1984).

A depressão pós-parto atinge em torno de 10% das mães e, embora não necessite de hospitalização, seus sintomas podem se prolongar por semanas ou meses e trazer repercussões importantes à mãe e a sua família (VASCONCELOS, 1999).

Alterações menores e transitórias do humor são bastante frequentes na primeira semana após o parto e têm recebido crescente atenção por parte dos pesquisadores nos últimos vinte anos, especialmente com relação a sintomas disfóricos (DE FELICE, 2000).

Diversos autores referem-se à relação mãe-bebê como responsável pelo estabelecimento da saúde mental da criança. Consequências da depressão pós-parto podem ser perceptíveis na relação mãe-bebê, durante o desenvolvimento da criança. Sintomas específicos foram observados como: uma espécie de insensibilidade materna, uma falta de concordância ou harmonização entre mãe e bebê e, às vezes, alguma tendência para uma sensibilidade mútua ao distresse (SIMÃO, 2003). Crianças de mães deprimidas apresentam dificuldades na demonstração de afeto e um desempenho cognitivo mais débil que as crianças de mães não deprimidas (WHIFFEN, 1989). Um dos instrumentos para avaliar essa relação de interação mãe-bebê é a escala de reação de retração precoce (ASSUMPÇÃO et al., 2002).

Fatores como o meio materno são importantes para o desenvolvimento, comportamento e saúde do bebê. Esses fatores têm sido cientificamente estudados, desde 1940, em seres humanos e, antes disso, em biologia experimental. Estudos em humanos, nas últimas duas décadas, apontam que emoções maternas negativas durante a gestação podem estar associadas a problemas após o nascimento do bebê. Em suas conclusões, mencionaram a existência de crescentes constatações da ligação entre humor materno durante a gestação e os reflexos no desenvolvimento do comportamento infantil. Há evidências de que 22% da manifestação de oscilação nos problemas de comportamento estejam ligadas a ansiedade, estresse e depressão pré-natal (VAN DEN BERGH et al., 2005).

1.1-Teorias do Desenvolvimento

São diversos os modelos teóricos que tratam o desenvolvimento humano. A singularidade de cada uma dessas teorias se expressa na especificidade de suas condições descritivas, correlacionando-as aos seus momentos históricos. Não obstante, apesar da diversidade e riqueza de conceitos, estes se mostram, muitas vezes, complementares.

Em *A Origem das Espécies* (1850) Darwin assinala que cada espécie é dotada de uma estrutura anatômica própria e de um repertório peculiar de padrão de comportamento. Ele enfatiza que “os instintos são mais complexos e maravilhosos” e que se originaram através do processo de seleção natural, tendo preservado as variações continuamente acumuladas que são biologicamente vantajosas. O desenvolvimento do ser humano corresponde a mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e que são relativamente duradouras. Assim, os psicólogos do desenvolvimento ressaltam a importância relativa

dos determinantes ambientais em relação aos biológicos e comportamentais (MUSSEN et al., 1995).

Jean Piaget (1896-1980) abordou o estudo do desenvolvimento do pensamento através de fatores periféricos tais como o meio social e a linguagem, conservando o objetivo de compreender o mecanismo psicológico das operações lógicas e do raciocínio causal. O autor preocupou-se com vários aspectos da natureza do desenvolvimento de todo o conhecimento, priorizando o estudo do desenvolvimento intelectual da criança.

Apresenta como preocupação central o “sujeito epistêmico”, um sujeito que se constrói por sua própria atividade, por meio de um processo de descentração que lhe possibilita uma melhor compreensão do mundo e de si mesmo. Estudou os processos do pensamento presentes desde a infância inicial até a idade adulta e apresentou uma visão interacionista que aborda o processo ativo de contínua interação da criança e do homem, buscando assim a compreensão dos mecanismos mentais que o sujeito utiliza nas diferentes etapas da vida para entender o mundo.

Sua obra, por se basear na epistemologia genética, apresenta a maneira pela qual o conhecimento se desenvolve, enfocando as rudimentares estruturas mentais do recém-nascido. Assim, avaliou o desenvolvimento dos vários processos cognitivos, dirigindo-se aos aspectos qualitativos e não quantitativos.

Rappaport et al. (1981) relatam a importância dos conceitos para a compreensão do processo de desenvolvimento da inteligência, levando em consideração fatores como:

(I) **Hereditariedade:** organismo que amadurece em contato com o meio ambiente, sendo que a plena realização das capacidades como a aprendizagem e o desempenho, depende das condições que o meio ambiente oferecerá.

(II) **Adaptação:** frente ao ambiente físico e social, a criança enfrenta questões que rompem o seu estado de equilíbrio, enquanto o organismo busca comportamentos mais adaptativos. O processo de adaptação intelectual é, pois, um processo extremamente dinâmico e envolve, a todo o momento, tanto a assimilação como a acomodação, possibilitando crescimento e desenvolvimento pessoais. Para Piaget (1976), o processo de assimilação ocorre com a integração de estruturas prévias, que podem permanecer invariáveis ou são mais ou menos modificadas por esta própria integração, mas sem descontinuidade com o estado precedente, isto é, sem serem destruídas, mas simplesmente acomodando-se à nova situação. A assimilação, definida assim em termos funcionais, desempenha um papel necessário na construção do conhecimento. O conceito de acomodação se refere a toda modificação dos esquemas de assimilação sob influência de situações exteriores às quais se aplicam. Mas, assim como não há assimilação sem acomodações (anteriores ou atuais), também não há acomodação sem assimilação. Isso significa que o meio não provoca simplesmente o registro de impressões ou a formação de cópias, mas desencadeia ajustamentos ativos. É por isso que "acomodação" subentende "acomodação de esquemas de assimilação".

A criança é quem irá construir seu crescimento mental e seu desenvolvimento seguirá todas as etapas caracterizadas pela aparição de estruturas originais e de uma determinada forma de equilíbrio, que depende de construções anteriores, mas que delas se distinguem.

(III) **Esquema:** as crianças, quando nascem, herdam as estruturas biológicas que determinam o seu modo de reagir ao ambiente. O conceito de esquema representa uma unidade estrutural básica de pensamento ou uma ação correspondente à estrutura biológica que muda e se adapta.

(IV) **Equilíbrio:** processo de organização das estruturas cognitivas num sistema coerente e interdependente que possibilita ao indivíduo um tipo ou outro de adaptação à realidade. O desenvolvimento pode ser conceituado como um processo de busca progressiva pelo equilíbrio que tende para uma forma final, relacionada à conquista das operações formais. Piaget (1964) denominou de estágios ou períodos as maneiras de agir, pensar e interagir com o ambiente nas diversas faixas etárias. Assim, para ele não existe um paralelismo expressivo entre o biológico e o psicológico, quase que se poderia dizer que o próprio crescimento biológico determinará a fase do desenvolvimento psicológico da criança. O crescimento orgânico e a maturidade fisiológica geral são certamente determinantes fundamentais do desenvolvimento psicológico, embora não sejam transmitidos à criança.

Menciona, ainda, que “o essencial dessas construções sucessivas permanece no decorrer dos estágios ulteriores, como subestruturas sobre as quais se edificam as novas características”.

Rappaport et al. (1981) aludem à teoria do desenvolvimento descrita por Piaget que se inicia a partir do equipamento inicial compreendido pelos reflexos inatos que, gradualmente, durante o primeiro ano de vida, se transformarão em esquemas sensoriais motores rudimentares . Os estágios do desenvolvimento das estruturas da inteligência subdividem-se em:

- (a) 1º estágio: sensório-motor (0 a 2 anos);
- (b) 2º estágio: pré-operatório (2 a 7-8 anos);
- (c) 3º estágio: operações concretas (7-8 a 11-12 anos);
- (d) 4º estágio: operações formais (a partir de 12 anos com patamar de equilíbrio 14-15 anos).

No primeiro mês de vida, os esquemas de comportamento herdados são, ao mesmo tempo, um modo de resposta do mundo às totalidades motoras e perceptivas. Esses esquemas inatos representam, desde o início, uma aprendizagem para adequação à realidade. Assim, por exemplo, o esquema reflexo de sucção permite que a criança extraia o leite do peito materno ou da mamadeira, mas exige uma adequação motora ao tamanho e à forma do mamilo ou bico para conseguir mamar melhor e para que o leite não escorra pelas comissuras labiais. Os esquemas reflexos não devem ser compreendidos como simples respostas isoladas, mas incorporados à atividade espontânea e total do organismo (GRIFFA e MORENO, 2005).

Griffa e Moreno (2005) mencionam os seis estágios do desenvolvimento da inteligência sensório-motora (0 a 24 meses) descritos por Jean Piaget, no entanto, apenas os três primeiros estágios (0 a 9 meses) foram enfoque da pesquisa deste estudo.

Estágio I (zero a um mês): atividades totais e espontâneas do organismo. Uso dos esquemas reflexos inatos, como o de sucção.

Estágio II (um a quatro meses): desenvolvem-se as reações circulares primárias descritas por J. M. Baldwin. Uma ação que produziu um resultado agradável tende a ser realizada de novo. O bebê que por acaso chupa o dedo, logo tentará repetir esta ação,

para voltar a sentir prazer. A aquisição de habilidades depende da repetição de ações prazerosas de forma casual. Piaget chama esses comportamentos adquiridos de hábitos elementares, pois nesses esquemas sensório-motores o bebê ainda não diferencia meios de fins.

Estágio III (quatro a nove meses): corresponde ao êxito nas reações circulares secundárias, isto é, o bebê descobre que ao repetir uma ação alcançará o mesmo fim. Desse modo, repete voluntariamente seus atos, o que significa que estes são intencionais. Por exemplo, se ao engatinhar a criança move uma porta, fazendo barulho, vai brincar com essa porta e com outras para produzir sons. As primeiras ações não são intencionais, diferentemente das últimas. As reações secundárias contribuem para ampliar o mundo de objetos com os quais a criança brinca.

Estágio IV (nove a doze meses): a criança aplica os esquemas sensório-motores já adquiridos a novas situações. Realiza ações com a finalidade prévia, com independência dos meios empregados; por exemplo, alcança um objeto distante. A coordenação e os meios usados mudam a cada situação. A locomoção permite que a criança faça experiências com maior número de objetos e novas situações; começa assim uma atividade exploratória muito ativa. Além disso, a criança é capaz de esperar e deixar que se desenvolvam situações para observar seus resultados.

Estágio V (doze a dezoito meses): a criança atinge as reações circulares terciárias, que consistem em comportamentos de busca ativa de algo novo, diferentemente das reações circulares primárias e secundárias, que repetiam esquemas reflexos ou incluíam variáveis imprevistas dentro do mesmo esquema. É capaz de resolver problemas por meio de tentativa e da experimentação e, embora repita seus comportamentos, há variações nestes. Por exemplo, puxa o lençol para pegar um objeto

que se encontra sobre ele a alguma distância; usa um bastão para aproximar objetos quando algo não permite que os pegue diretamente; nessas circunstâncias, o bastão converte-se em seu instrumento.

A criança realiza experiências com as coisas; por exemplo, atira um objeto no chão de diferentes alturas e com maior ou menor força. Da mesma forma, afunda um objeto de plástico na água e observa com atenção seu reaparecimento na superfície.

Estágio VI (dezoito a vinte e quatro meses): a imitação desempenha um papel chave nas novas aquisições da criança. Predomina a acomodação dos esquemas, a adequação aos objetos. A criança é capaz de encontrar novos meios não só por tentativas externas, mas também já consegue recordar, combinar mentalmente os esquemas de ação e inventar novos. Ela não se limita à simples percepção dos fatos, mas compreende a relação existente entre eles ou descobre a causalidade que pode vinculá-los. Passa das experiências sensório-motoras reais a uma reflexão sobre elas. O conhecimento do meio já não se refere à sequência de suas ações, pois tem uma capacidade de recordar sem ter de repetir a atividade sensório-motora. Diferentemente das etapas anteriores, nas quais a criança conhecia um objeto por meio da ação que realizava com ele e memorizava a sequência de tais ações (memória de ação), agora começou o processo de interiorização delas, que permite a formação de imagens. Graças a sua capacidade de recordar imagens e de relacioná-las com experiências anteriores, começa a antecipar e prever ações.

Como exemplo dessa experimentação mental sem tentativas sensório-motoras, ele cita uma criança que tenta abrir uma caixa de fósforos apenas entreaberta sem recorrer ao ensaio e erro, ou seja, à experimentação direta. A criança pára e examina a situação com atenção; durante esse “pensar” atento abre e fecha a boca lentamente,

como que imitando o resultado a ser obtido, isto é, a ampliação da abertura; depois, coloca o dedo diretamente na fenda e abre a caixa.

Em situações simples, a criança é capaz de pensar sobre si mesma em relação a situações do passado, do presente e do futuro imediato.

O desenvolvimento é: “a emergência de formas de função e de comportamento, que constituem o resultado de intercâmbios de organismos, de um lado, e o ambiente interno e externo de outro”. O primeiro ano de vida do bebê tem como objetivo principal a sobrevivência e a elaboração de instrumentos adaptativos. À medida que a criança se desenvolve, ela se torna independente de seu meio ambiente, o que dependerá do estabelecimento e do desdobramento das relações objetais significativas (SPITZ, 1996).

O desenvolvimento da criança se dá por meio de um processo de construção social e das múltiplas interações estabelecidas, desde seu nascimento, com outras pessoas como aquelas com quem tem maior vínculo afetivo (ROSSET et al., 1994).

Mahler (1993) estudou os correlatos interacionais das relações interpessoais em crianças nos primeiros anos de vida, partindo de uma fase de plena dependência para a fase de individuação. Essas diferentes fases são observáveis a partir do comportamento da criança, principalmente em relação com a mãe. Para a mesma autora o comportamento do primeiro ano de vida é um correlato de fenômenos intrapsíquicos.

O repertório de percepções e comportamentos do lactente nos seis primeiros meses de vida é baseado na percepção e na ação do recém-nascido sobre o mundo. A relação do bebê com a mãe é avaliada por meio de comportamentos que influenciam na estruturação da interação. Cada dupla “mãe-bebê” desenvolve um padrão diádico,

influenciado por fatores como a cultura e a capacidade de regulação da estimulação de ambos na situação vivida (STERN, 1980).

O desenvolvimento do apego é considerado como algo a ser construído, levando em consideração os sentimentos dos futuros pais em relação à idéia da concepção, até o momento em que se dá o encontro desses pais com o bebê. Há situações que dificultam o apego, como a prematuridade, cuja intercorrência causaria a separação imediata e prolongada do bebê e sua mãe no momento do nascimento. As dificuldades do bebê e de seus pais frente essa separação, podem ser encorajadas pelas práticas hospitalares e assistência da aproximação dos pais ao bebê prematuro. Essa situação foi experimentada por profissionais de unidades neonatais de cuidados intensivos, facilitando não só a relação afetiva do bebê com os pais, como também lhes proporcionando uma oportunidade de explorarem seus medos, angústias e tristezas por terem produzido um bebê incompleto (BRAZELTON, 1988).

No século XX, Freud (1914) referia-se ao desenvolvimento da personalidade da criança associando certos acontecimentos vivenciados na infância como determinantes principais de distúrbios de personalidade na idade adulta. Assim, causou um impacto decisivo ao mostrar a importância dos primeiros anos de vida na estruturação da personalidade e ao determinar o curso de seu desenvolvimento futuro no sentido da saúde mental e da adaptação social adequada ou da patologia. Para isso, se baseou nos processos inconscientes em todas as fases da vida, questionando a idéia de homem racional e da sua sexualidade infantil (RAPPAPORT et al., 1981).

Em “*O Ego e o ID*” (1923), propõe sua teoria definitiva sobre a formação das instâncias psicodinâmicas da personalidade. Fez um relato das fases do desenvolvimento, colaborando para a caracterização dos momentos evolutivos de um

desenvolvimento normal. Dividiu o desenvolvimento em fases de organização da libido em torno de uma zona erógena, estabelecendo uma modalidade de relação de objeto. Postulou, assim, o processo do desenvolvimento psicosexual, determinando as zonas erógenas e considerando as formas de gratificação e relação com o objeto. Abaixo será brevemente descrita cada uma das fases:

a) A fase oral é compreendida entre zero e dois anos. A zona de erotização é a boca e o prazer está ligado à ingestão de alimentos e excitação da mucosa dos lábios e cavidade bucal. O objetivo sexual está na incorporação do objeto.

b) A fase anal se dá, aproximadamente, entre os dois e quatro anos de idade. A zona de erotização é o ânus e o modo de relação do objeto é de ativo-passivo ligado ao controle esfinteriano, sendo este uma nova fonte de prazer.

c) Entre os dois e cinco anos surge o “Complexo de Édipo”. Nele, a mãe é o objeto de desejo do menino e o pai é o rival interditor do objeto desejado. No caso da menina o pai é seu objeto de desejo e a mãe a interditora do objeto desejado.

d) Entre o terceiro e o quinto ano de vida, caracteriza-se a fase fálica em que a zona de erotização é o órgão sexual. Nesse momento, ocorre o declínio do “Complexo de Édipo” pela ameaça de castração. No menino, a fase fálica caracteriza-se pelo interesse narcísico que o mesmo tem pelo próprio pênis e, na menina, ocorre a constatação da ausência do pênis.

Em seguida, ocorre o período de Latência que se prolonga até a puberdade e é caracterizado por uma diminuição das atividades sexuais.

A última fase descrita por ele foi a adolescência quando o objeto de erotização ou desejo não está mais no próprio corpo e sim em um objeto externo, “o outro”. Nesse momento, buscam-se formas de satisfazer as necessidades eróticas e interpessoais no objeto externo.

Bowlby (1969/1990), psicanalista inglês, descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento, e formulou, desse modo, a teoria do apego, quando descreveu as relações do bebê com sua mãe ou cuidador(a), desde o nascimento até os seis anos de idade. Para o autor, o ser humano herda um potencial para desenvolver determinados tipos de sistemas comportamentais, como sugar, sorrir, chorar e seguir com os olhos. A conduta instintiva é o resultado do controle desses sistemas comportamentais integrados que funcionam num determinado ambiente de adaptabilidade evolutiva, em especial, na interação com a principal figura desse ambiente: a mãe. O autor acredita que há uma pulsão de apego, ou seja, um impulso primário de apego a outros seres humanos. O comportamento de apego é uma tendência que não resulta da relação oral com a mãe (amamentação). Para ele as crianças respondem com facilidade aos impulsos sociais e logo interagem com os outros. O apego a uma pessoa aumenta à medida que o bebê sente uma interação com o adulto. Nessa perspectiva, o vínculo da criança com a mãe, chamado por ele de apego, tem uma função biológica que lhe é específica e é o produto da atividade desses sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível. O comportamento de apego manifesta-se nos dois primeiros anos de vida e aparecem sucessivamente os comportamentos de sucção, de abraço, de choro, de sorriso, a tendência de ir para o adulto e apegar-se a ele. Portanto, ao longo do desenvolvimento, a criança passa a revelar um comportamento de apego que é facilmente observado e que evidencia a formação de uma relação afetiva com as principais figuras desse ambiente.

Nessa formulação não há referência às necessidades fisiológicas e aos impulsos. Sustenta-se ainda que o ato de nutrir desempenha um papel apenas secundário no desenvolvimento desses sistemas comportamentais. Dessa forma, torna-se claro que, para Bowlby, a formação do apego não é uma consequência da satisfação das necessidades fisiológicas básicas como postula Freud (BRUM E SCHERMANN, 2004).

Para Bowlby (1990) a Teoria do Apego aponta a importância do vínculo inicial da criança com sua mãe, discutindo os comportamentos de apego em termos de relações objetais. A criança que tem, a partir da primeira relação, uma experiência de um modelo seguro de apego, desenvolverá expectativas positivas em relação ao mundo, acreditando nas possibilidades de satisfação de suas necessidades. No entanto, se o modelo apresentado não for seguro, a criança poderá desenvolver, em relação ao mundo, expectativas menos positivas.

1.2 Depressão

A partir de 1993, a Organização Mundial de Saúde, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), começou a adotar critérios descritivos para classificar as depressões. Com os critérios internacionalmente aceitos, foram sendo progressivamente abolidas as diferentes classificações da depressão, minimizando-se as controvérsias de conceituação. Atualmente, considera-se que a depressão se caracteriza por um sentimento de tristeza profunda, associada a sintomas fisiológicos e cognitivos no indivíduo. Tanto a Organização Mundial de Saúde-OMS (CID-10;1991) como a American Psychiatric Association (DSM-IV-APA; 2001) caracterizam a depressão como um transtorno mental cujos sintomas incluem: humor deprimido (tristeza, desesperança), perda de interesse e prazer por atividades anteriormente satisfatórias (anedonia), e diminuição da energia, levando a uma importante falta de ânimo que

interfere na vida do indivíduo. De acordo com o DSM-IV-TR esse conjunto de sintomas deve estar presente por, no mínimo, duas semanas e causar prejuízo significativo na vida social e/ou ocupacional do indivíduo. Segundo a CID-10, dependendo da forma como os sintomas são experimentados, a depressão deve ser classificada como leve, moderada ou grave. A depressão apresenta causas multifatoriais, tendo sua origem em fatores endógenos (neurobiológicos, genéticos) e fatores exógenos (psicossociais). Vale ressaltar que esses fatores apresentam uma forte relação de interdependência.

1.3 Depressão e gravidez

Na CID-10 (OMS-1993), uma categoria residual voltou a constar sob a legenda F53: “Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outros locais”. Esta categoria só deverá ser usada se o profissional considerar que não há dados suficientes para classificar o distúrbio em outra legenda. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reitera a concepção de que os transtornos puerperais não são entidades psicopatológicas distintas e sim, quadros típicos já descritos na literatura. No entanto, inclui um código específico que constitui uma espécie de solução de compromisso e atende ambas as perspectivas que existem entre os estudiosos do assunto (SIMÃO, 2003). A história das primeiras publicações de quadros moderados em puérperas começou na década de 50 (GORDON, 1959).

Com a gravidez, inicia-se para a mãe um processo psicológico, biológico e social rico em transformações complexas. A gravidez é, normalmente, considerada um estágio de crise na vida da mulher. Representa uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e

uma nova definição de papéis. Assim, a gestante, além de filha e mulher, passa a ser mãe. Ela também menciona, em seu estudo sobre a psicologia da gravidez, que existe uma separação dos aspectos psicológicos da gestação em três trimestres, sendo que cada um deles possui características específicas que podem ser observadas na maioria das mulheres independente do nível sociocultural (MALDONADO, 1984).

A partir do aparecimento da barriga, pode surgir ansiedade expressa pelo medo de morrer e de que o bebê morra. As mulheres que engravidam não esperam tornar-se deprimidas e esse transtorno também não aparece como uma preocupação das pessoas que a acompanham nesse período, como marido, pais e até ginecologistas e obstetras (SOIFER, 1980).

A nova mãe precisa mudar o centro de sua identidade de filha para mãe, e até por vezes de profissional para mãe de família. Tal reorganização é importante para ela poder alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo, energia e suas atividades. A nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê é denominada de “constelação da maternidade” (STERN, 1997).

Nesse momento, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê, para que possa imaginar aquilo de que ele precisa e daí se colocar em seu lugar (AIELLO-VAISBERG e GRANATO, 2003).

A relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerada um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério (DE FELICE, 2000).

1.4 Depressão materna e desenvolvimento infantil

Considerando o bebê, a literatura indica que a depressão materna pode afetá-lo de diferentes maneiras. Os bebês tendem a ser particularmente vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (CAMPBELL et al., 1992). Além disso, é no puerpério que se inicia, mais concretamente, o relacionamento mãe-bebê, e por isso esse período parece ter um significado psicológico fundamental para ambos (DE FELICE, 2000).

A falta de responsividade materna nos primeiros meses de vida parece provocar uma mudança no desenvolvimento do bebê que tem sido empiricamente relacionada a um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida. Tal mudança pode ter implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna (COHN et al., 1990).

A história de interações dos bebês com mães deprimidas pode ter um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê (FIELD et al., 1990). Isso porque as interações constituem interjogos entre parceiros em que um influencia o outro em um processo contínuo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca (PICCININI et al., 2001).

Os sintomas depressivos e indicadores de saúde materna durante a gestação foram associados a uma diminuição no estado de saúde do bebê (ORR et al., 2007).

As consequências das depressões parentais podem se estender para além da própria infância, tendo-se em vista que as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações (BOWLBY, 1988).

Um modelo de compreensão das implicações da depressão da mãe para o desenvolvimento infantil pode envolver características maternas, as relações mãe-criança, o funcionamento familiar e as características da criança. O impacto da depressão na criança vai depender de como essa afeta o comportamento, a cognição e as emoções da própria mãe. Nessa perspectiva, a depressão afeta a criança pela alteração dos modelos de interação mãe-criança produzindo, assim, efeitos negativos no desenvolvimento infantil. De qualquer modo, a criança não é considerada um recipiente passivo dos estímulos ambientais, mas um participante ativo na formação de suas trajetórias de desenvolvimento (BOWLBY, 1988).

A depressão pós-parto poderia influenciar negativamente na interação mãe-bebê com este último podendo apresentar distúrbios cognitivos, emocionais e comportamentais (RYAN et al., 2005).

Estudos epidemiológicos com populações diversas são necessários, pois, afinal, transtornos mentais durante a gestação são, geralmente, mal diagnosticados e de difícil averiguação (HALBREICH, 2004).

As influências patogênicas podem estar associadas a fatores sociais, econômicos e culturais, mas só têm um impacto sobre o bebê na medida em que influenciem a díade mãe-bebê. Portanto, fatores externos que podem afetar a saúde mental posterior da criança têm significado apenas quando traduzidos na linguagem interativa (STERN, 1997).

A psicopatologia do bebê relaciona-se à psicopatologia da interação, que deve ser considerada igualmente na investigação dos sintomas (BRAZELTON e CRAMER, 1992).

Alguns estudos têm apontado para o impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento cognitivo da criança, sugerindo uma associação entre distúrbios na qualidade da interação com a mãe deprimida, no primeiro ano de vida do bebê, e baixo desenvolvimento cognitivo aos dezoito meses. (MURRAY et al., 1996; HAY e KUMAR, 1995).

Evidências empíricas apontam também para as implicações da depressão pós-parto na qualidade do apego estabelecido entre a mãe e a criança aos dezoito meses. Foram encontradas mães que estiveram deprimidas dois meses após o nascimento dos bebês e que foram menos sensíveis e atentas a eles aos dezoito meses. Além disso, mostraram-se menos afirmativas e mais negativas em relação ao desenvolvimento dos bebês. A qualidade do apego era influenciada não só pela depressão materna após o parto, mas também pelas experiências da mãe sobre o seu próprio nascimento e a natureza do relacionamento com sua própria mãe. Assim, a depressão materna, após o nascimento do bebê, implica importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e de comportamento da criança. Da mesma forma, diversos autores têm enfatizado que a depressão da mãe afeta o bebê ao interferir, negativamente, na interação estabelecida entre a díade (MURRAY et al., 1996).

Existem implicações diretas ou indiretas na responsividade materna sobre o desenvolvimento da criança. A concepção da relação direta está baseada na idéia de que a resposta contingente da mãe traz para a criança um sentido de que seu comportamento leva a modificações no ambiente, o que possibilitaria um melhor controle e interação com esse ambiente. A concepção da relação indireta, baseada na hipótese da segurança da mãe, é defendida pela teoria do apego, já que a responsividade materna estaria

associada à segurança da criança. Crianças mais seguras exploram mais o ambiente e isso leva, indiretamente, a avanços nas competências cognitiva, emocional e social. Seguindo a argumentação apresentada anteriormente, a responsividade deve ser considerada como uma dimensão do cuidado materno que, associada a outras dimensões, pode ser considerada como tendo algum impacto sobre o desenvolvimento infantil (BORNSTEIN e TAMIS-LEMONDA, 1997).

Os efeitos negativos sobre as crianças teriam origem nas primeiras interações com as mães deprimidas. Os autores sugerem, então, que seus filhos possuem um comportamento do tipo deprimido a partir do nascimento, apresentando um baixo desempenho na escala de Brazelton (BRAZELTON et al., 1995; LUNDY et al., 1996).

Recém-nascidos de mães deprimidas apresentaram coordenação motora e orientação inferiores ao normal, maior irritabilidade, níveis de atividades menores e menor desempenho no teste de Brazelton (ABRAMS et al., 1995). Esses achados foram replicados em estudo que também encontrou altos níveis de excitabilidade e um comportamento expressivo comprometido nos recém-nascidos de mães deprimidas (LUNDY et al., 1996).

Field, em 1995, propôs um modelo dos efeitos ambientais pré-natais, no qual crianças de mães deprimidas, provavelmente, nasceram deprimidas. Entretanto, pouco se conhece sobre a genética ou transmissão de depressão pré-natal e dos mecanismos envolvidos.

Mulheres deprimidas no período pós-natal provavelmente estavam deprimidas no pré-parto (RAHMAN et al., 2004).

Existem evidências de que a depressão pós-natal seja um fator de risco para futuras complicações no desenvolvimento psicoemocional na infância, sendo que esses *déficits* persistem na idade escolar (MURRAY e COOPER, 1997).

Aproximadamente 20% de gestantes com depressão pré-natal apresentaram efeitos devastadores para a díade mãe-bebê, aumentando o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Entretanto, os sinais e sintomas da depressão durante a gravidez não diferem da depressão em qualquer outro momento. No entanto, a depressão pré-natal pode ser mal diagnosticada, devido ao foco de preocupação ser o bem-estar do bebê e da mãe e os sintomas serem atribuídos às mudanças físicas e hormonais associadas à gestação. Fatores de risco incluem: histórias de depressão anteriores, ausência de parceiro conjugal, dificuldades no casamento, falta de suporte social, pobreza, violência familiar, estresse diário, abuso de substâncias, história de aborto prévio, gravidez não planejada, ambivalência com relação à gestação e ansiedade em relação ao bebê (BOWEN e MUHAJARINE, 2006).

Bebês de mães deprimidas apresentam coordenação motora e atividade comprometidas, comportamentos de estresse mais frequentes, dificuldade no comportamento de imitação, sono disruptivo e grande irritabilidade, dificultando a interação mãe-bebê (BONARI et al., 2004; MURRAY e COOPER, 2003).

Os efeitos da depressão e humor materno pós-natal afetam as crianças durante seu desenvolvimento. Existe uma íntima relação do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional com a qualidade das primeiras relações mãe-bebê. O nível de depressão e ansiedade é comum ou até mais intenso durante a gestação e no período pós-natal (HOLLINS, 2007).

FIELD et al.(2003) afirmaram que bebês de mães com alto índice de ansiedade apresentam maior atividade e atraso no crescimento e citaram as conclusões de Di Pietro et al. (1996) informando que os bebês de mães estressadas apresentavam atividade aumentada, tendo como consequência dificuldades imprevisíveis na adaptação e intensa atividade dos três aos seis meses após o parto. Observaram, ainda, que bebês de mães depressivas também apresentavam dificuldade de orientação, coordenação motora prejudicada, baixo nível de atividade, maior irritabilidade e menor resistência. Acrescentaram que esses bebês mostravam menor expressividade, demonstrando menor interesse e mais expressões de choro durante a aplicação do teste de Brazelton. Esses dados sugeriram que os sintomas depressivos maternos, durante a gestação, podem contribuir para um funcionamento neuro-comportamental específico no recém-nascido.

Não foram encontrados resultados que comprovem a idéia de que a ansiedade, depressão ou estresse, durante a gestação, se constituam em uma ameaça significativa no desenvolvimento e no comportamento inicial do bebê. No entanto, existem reflexos negativos e comprometedores no estabelecimento das interações mãe-bebê. Isto é, mulheres que não aceitam positivamente sua gestação podem estar menos propensas a interagir com seu filho, prejudicando o desenvolvimento e a interação social e emocional de seus bebês (DI PIETRO et al., 2006).

2. OBJETIVO

A partir dessas considerações foi estabelecido como objetivo deste trabalho avaliar se mulheres adolescentes deprimidas durante sua gravidez interferem no desenvolvimento do bebê durante os primeiros seis meses de vida.

Foram estabelecidas assim as seguintes hipóteses:

Hipótese de Nulidade

A retração social precoce dos bebês de gestantes deprimidas (a partir do sétimo mês de gravidez) é igual à dos bebês de gestantes não-deprimidas.

Hipótese Experimental

A retração social precoce dos bebês de gestantes deprimidas (a partir do sétimo mês de gestação) é diferente da dos bebês de gestantes não-deprimidas.

3. MÉTODO

3.1 Sujeitos

Foram selecionadas, aleatoriamente, cento e vinte gestantes para uma primeira entrevista, entretanto, oitenta desistiram e o trabalho foi realizado com as quarenta díades mãe-bebê remanescentes. As gestantes foram avaliadas a partir do sétimo mês de gestação e os bebês durante os primeiros seis meses de vida. Através dos escores obtidos pelas gestantes nas respostas à Escala de Avaliação Hamilton, foram formados dois grupos, sendo um deles com gestantes com indicadores de depressão e outro sem indicadores de depressão. Foi aplicada, em todas as gestantes, a Escala de Avaliação de Classe Social-Pelotas visando caracterizar o nível socioeconômico da amostra. As idades maternas não foram pré-estabelecidas, sendo, em grande parte, gestantes adolescentes entre quatorze e dezoito anos. Os bebês foram de ambos os sexos por ocasião de investigação. Todos os bebês avaliados nasceram a termo (37 a 42 semanas), sendo que a média foi de trinta e oito semanas de gestação. Das quarenta gestantes avaliadas, vinte e oito (70%) tiveram parto normal (vaginal) e doze (30%) foram submetidas a cesariana.

Os bebês foram avaliados em dois momentos:

- a) uma semana após o nascimento;
- b) aos seis meses de idade.

Uma semana após o nascimento, no primeiro encontro com a mãe e o bebê, foi verificado o Índice de Apgar colhido da ficha da maternidade e aplicada a Escala da

Avaliação da Reação de Retração do Bebê, sendo essa última, reaplicada aos seis meses de idade, em casa.

As gestantes que apresentaram sintomatologia depressiva foram encaminhadas para acompanhamento psiquiátrico e psicológico no Laboratório de Distúrbios Desenvolvimento da Universidade de São Paulo. Os bebês que apresentaram alterações na escala de retração também foram encaminhados para o mesmo local.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton

A Escala acima, validada no Brasil por Gorenstein et al. (2000), é muito usada mundialmente e, provavelmente, uma das mais importantes, considerando o número de outras escalas utilizadas apenas como suas variantes. De fato, essa escala tornou-se o "padrão ouro" para avaliação da gravidade da depressão, de modo que as escalas desenvolvidas posteriormente são comparadas a ela quanto à confiabilidade e à validade. Embora planejada para quantificar a gravidade de um grande número de sintomas depressivos, as manifestações somáticas e os aspectos cognitivos são as categorias de sintomas mais focalizadas, conforme mencionado anteriormente. Hamilton (1960) identificou, originalmente, vinte e um itens, mas concluiu que a avaliação da depressão deveria incluir somente dezessete deles, cuja gravidade é anotada em escalas de três ou cinco pontos (Anexo I). A escala foi explicada individualmente e, em seguida, os itens e as opções de respostas de cada um foram lidos para as mães que optaram por uma resposta. Todos os dezessete itens apresentavam cinco respostas cada, cuja pontuação variava de zero a quatro pontos. Ao final, foi feita a soma total dos pontos e classificadas as mães em deprimidas e não deprimidas. As

mães, por nós consideradas como não deprimidas, faziam parte do grupo um , cuja pontuação final foi menor que dezoito pontos, enquanto o grupo dois, das mães, por nós consideradas deprimidas, apresentaram pontuação maior ou igual a dezenove pontos.

3.2.2 Avaliação de Classe Social-Pelotas

Para caracterizar a população em termos de classe social, foi aplicada a avaliação de Classe Social - Pelotas (LOMBARDI et al., 1988), que avalia o nível socioeconômico a partir do cargo e da formação necessária para a ocupação do cargo do principal provedor da família. Das quarenta gestantes, dezessete eram casadas ou amasiadas e o restante morava com os pais, sendo sustentadas por eles ou tendo algum tipo de auxílio. Foi considerado chefe de família nessa avaliação, os que sustentavam financeiramente as gestantes. Nesta avaliação, as classes sociais se subdividem em: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletário típico, proletário não típico e subproletariado (Anexo II). Essa escala foi escolhida por não se embasar somente no poder aquisitivo da família, mas sim na sua atividade e cultura.

A burguesia é constituída por todos os proprietários de meios de produção que, sem estarem eles mesmos sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada, exercendo uma função de exploração de tipo capitalista que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do operário.

A nova pequena burguesia engloba os agentes sociais que ocupam os postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões, especificamente.

A pequena burguesia tradicional é composta pelos agentes sociais que, sem formação universitária, possuem a capacidade de se reproduzir de maneira independente por disporem de meios de produção próprios.

O proletariado inclui todos os agentes sociais que, estando submetidos a uma relação de exploração, não exercem, eles mesmos, nem direta nem indiretamente, função de exploração.

Por último, a classe denominada subproletariado inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtêm salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho.

3.2.3 A Escala de Avaliação da Retração do Bebê (Echelle d'évaluation de la réaction de retrait prolongé du jeune enfant ou The baby alarm distress scale - BADS)

É uma escala clínica já validada no Brasil (Assumpção et al. 2002) construída com oito itens, ordenados de maneira habitual e progressiva, representando o contato do profissional com o bebê, tendo sido idealizada para ser utilizada durante a consulta pediátrica como uma forma rica e variada, porém condensada, de estimulação, na maneira proposta por Winnicott. É pontuada de zero a quatro em cada um dos oito itens, tendo sido validada, observando-se um coeficiente de Spearman entre 0.7 e 0.8, e um coeficiente alfa de Cronbach de 0.8, podendo ser utilizada em diferentes locais, de maneira simples e breve, dispensando o treinamento dos profissionais envolvidos.

A avaliação de recém-nascidos e lactentes quanto a alterações de comportamento e desenvolvimento é difícil devido ao pequeno repertório de reações dessa população. Assim, a reação de retração prolongada corresponde a uma importante manifestação de desequilíbrio, comum a várias causas, uma vez que a especificidade sintomatológica e

sindrômica dos quadros psiquiátricos e neurológicos no bebê é muito pequena (Anexo III).

3.2.4 Índice de Apgar

É um índice criado por Virginia Apgar, anestesista norte americana, para avaliar o estado de saúde de um bebê recém nascido. Após um e cinco minutos do parto, são analisados cinco sinais: frequência cardíaca, frequência respiratória, cor da pele, tônus muscular e resposta a estímulos.

Cada sinal é pontuado numa escala crescente de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total máxima de dez pontos.

Tabela 1: Avaliação do Índice de Apgar

Pontos	0	1	2
Frequencia cardíaca	Ausente	<100/minuto	>100/minuto
Respiração	Ausente	Fraca, irregular	Forte/choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/ Boa flexão
Cor	Cianótico/paládio	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/ Choros

Quando a pontuação total é baixa (0-3), o recém nascido necessita de reanimação imediata. Se a pontuação é intermediária (4-6), o bebê necessita de observação e alguma medida de reanimação e, quando a classificação é boa (7-10), o bebê é considerado saudável. (Anexo IV).

3.2.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Todos os participantes do estudo foram instruídos sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo V), de acordo com as considerações

éticas. Esse termo, bem como o projeto, foram aprovados pelo comitê de ética da Universidade de São Paulo. Nº protocolo 2007.010. (Anexo VI)

3.3 Procedimentos

Foi desenvolvido um estudo comparativo entre um grupo de gestantes adolescentes que apresentou sintomas de depressão durante a gestação e outro grupo que não apresentou qualquer sintoma indicador de depressão pré-parto.

As gestantes de ambos os grupos foram acompanhadas a partir do sétimo mês de gravidez, e seus bebês, durante os primeiros seis meses de vida, o que permitiu observar a presença de retração precoce, relacionada a sintomas de depressão materna durante o período de gestação.

O trabalho foi desenvolvido na Casa do Adolescente, um serviço pioneiro da Secretaria de Estado da Saúde

As gestantes foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa e convidadas a participar voluntariamente. Em seguida, foram marcados os dias para a realização da pesquisa que totalizaram três encontros com as mães e dois encontros com o bebê.

Dos três encontros com a mãe, o primeiro deles aconteceu aos sete meses de gestação, quando foi realizado o preenchimento de uma ficha de identificação e da aplicação dos seguintes instrumentos: Avaliação de Classe Social-Pelotas e Escala Hamilton para depressão. No segundo encontro, uma semana após o nascimento do bebê, foi aplicada a Escala Hamilton para depressão. No terceiro encontro, seis meses após o nascimento do bebê, foi reaplicada a Escala Hamilton para depressão.

Com os bebês foram realizados dois encontros, logo após o nascimento e aos seis meses de idade. Em ambos os encontros, foi aplicada a Avaliação da retração do bebê.

3.4 Análise Estatística

Para a realização da análise estatística, foram utilizados os testes abaixo descritos.

O **coeficiente de correlação de Pearson (c)** é um valor entre -1 e 1 , que mede o grau de associação entre duas variáveis de mensuração numérica (MAXWELL e SATAKE, 1997). Esse coeficiente foi utilizado para comparar os níveis de sintomatologia depressiva pré-parto e puerperal.

Quanto mais próximo de -1 ou de 1 , maior o grau de associação entre as informações. Quanto mais próximo de zero, menor o grau de associação. Se o valor do coeficiente for menor que zero, dizemos que a associação é negativa ou inversa, ou seja, quando uma informação aumenta o valor, a outra diminui. Se o valor do coeficiente for maior que zero, dizemos que a associação é positiva ou direta, ou seja, quando uma informação aumenta o valor, a outra também aumenta.

Determinar o valor que define uma boa correlação é inerente a cada estudo, mas de forma geral, podemos considerar a seguinte classificação:

Se $|c| < 0,40$ significa correlação fraca

Se $0,40 < |c| < 0,70$ significa correlação moderada

Se $0,70 < |c| < 0,90$ significa correlação boa

Se $|c| > 0,90$ significa correlação ótima.

O teste não paramétrico de **Mann-Whitney** é indicado quando se quer comparar dois grupos de informações com nível de mensuração numérica. As amostras são independentes e não se deseja assumir suposições acerca das amostras analisadas (MAXWELL e SATAKE, 1997). Neste trabalho foi utilizado para análise dos dados: peso, altura e retração precoce, no nascimento e seis meses após o nascimento.

O teste de **Friedman** é um teste não paramétrico e é indicado quando se quer comparar três ou mais grupos de informações quantitativas de amostras pareadas e não se deseja assumir suposições acerca das amostras analisadas (MAXWELL e SATAKE, 1997). Foi utilizado para realizar a comparação entre os escores da escala de Hamilton obtidos nos três momentos estudados: sétimo mês de gravidez, pós-parto e seis meses após o parto.

O teste não paramétrico de **Wilcoxon** é indicado quando se quer comparar dois grupos de informações com nível de mensuração numérica. As amostras são pareadas e não se deseja assumir suposições acerca das amostras analisadas (MAXWELL e SATAKE, 1997). Usado para comparar a evolução dos escores da escala de Hamilton e os escores da escala de retração, nos três momentos: sétimo mês de gestação, pós-parto e seis meses após o parto.

O teste de **Mc Nemar** é indicado para verificar diferença de classificações entre dois grupos de mesma classificação com nível de mensuração categorizada dicotômica (tabelas 2x2) em amostras pareadas. Em casos de baixa frequência, indica-se o teste da **Binomial** (MAXWELL e SATAKE, 1997). Utilizado para compreender a evolução das mães, nos três momentos avaliados, considerando os escores da escala de Hamilton.

4. RESULTADOS

Para realização da pesquisa, foram entrevistadas cento e vinte adolescentes no sétimo mês de gestação com idade entre catorze e dezoito anos. Embora tenha havido adesão dessas entrevistadas, apenas quarenta compareceram para dar prosseguimento ao trabalho de acompanhamento, não havendo justificativas para as desistências. Das quarentas gestantes avaliadas, vinte e três encontravam-se deprimidas no sétimo mês de gestação e dezessete não estavam deprimidas segundo a avaliação realizada através da escala de Hamilton. Portanto, foi constatado um número maior de gestantes deprimidas no período pré-parto. Todos os bebês avaliados durante o desenvolvimento deste trabalho nasceram a termo (entre a 37ª e 42ª semana de gestação), com média de 38 semanas. Dentre os partos, houve normais e cesáreas, na porcentagem de 30 e 70 por cento, respectivamente.

Considerando-se toda a metodologia descrita, obtivemos os resultados expressos nas tabelas abaixo. Assim, os resultados especificados na tabela 2 mostram o percentual de mães deprimidas.

Tabela 2 – Porcentagem de mães deprimidas e não deprimidas segundo escala Hamilton no período pré-parto (7º mês de gestação)

Pontuação na escala de Hamilton	Grupos	Número de gestantes	%
Até 18	Não deprimidas	17	42,5
19 ou mais	Deprimidas	23	57,5
Total	Total	40	100

Outros dois momentos serviram de esteio para atingir os objetivos deste trabalho. Assim, usando como instrumento, o teste de Mann Whitney: foi realizada a

comparação das seguintes variáveis avaliadas no bebê cinco minutos após o parto. Índice de Apgar, peso, altura e retração. Seis meses após o nascimento, foram reavaliadas e comparadas as mesmas variáveis, com exceção do Apgar.

Não se observou diferença significativa ($p>0,05$) no Índice de Apgar cinco minutos após o nascimento nos bebês de ambos os grupos. (Tabela 3)

Tabela 3 – Correlação entre Apgar 5 minutos dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas no período pós-parto (uma semana após o parto)

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	9,59	9,57	
Desvio-padrão	0,51	0,73	0,787
n	17	23	

Também não se verificou diferença significativa ($p>0,05$) no peso dos bebês de ambos grupos. (Tabela 4)

Tabela 4- Correlação entre Peso dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas ao nascimento

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	3149,18	3078,13	
Desvio-padrão	398,06	503,32	0,978
n	17	23	

Com relação à altura dos bebês, novamente não se observou diferença significativa ($p>0,05$) entre os dois grupos. (Tabela 5)

Tabela 5 - Correlação entre altura dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas ao nascimento

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	47,94	47,30	
Desvio-padrão	5,51	5,17	0,665
n	17	23	

Também não houve diferença significativa ($p>0,05$) nos escores da escala de retração precoce dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas. (Tabela 6)

Tabela 6- Correlação entre escores de Retração Precoce dos bebês de mães deprimidas e não deprimidas no período pós-parto (uma semana após o parto)

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	10,76	12,22	
Desvio-padrão	6,00	4,87	0,277
N	17	23	

Após seis meses do nascimento, foram reavaliadas e comparadas através do teste do teste Mann Whitney, as variáveis: peso, altura e retração.

De acordo com os dados obtidos não se encontrou diferença significativa ($p>0,05$) no peso dos bebês do grupo de mães deprimidas e no grupo de mães não deprimidas. (Tabela 7)

Tabela 7 - Correlação entre o peso dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	5851,59	5459,70	
Desvio-padrão	1055,10	1018,58	0,265
n	17	23	

Da mesma forma não se observou diferença significativa ($p>0,05$) na altura dos bebês do grupo de mães deprimidas e no grupo de mães não deprimidas. (Tabela 8)

Tabela 8- Correlação entre as alturas dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	62,88	62,09	
Desvio-padrão	9,68	8,23	0,645
n	17	23	

Não se verificou diferença significativa ($p>0,05$) entre os bebês do grupo de mães deprimidas e não deprimidas, conforme os resultados obtidos na reavaliação dos bebês após seis meses do nascimento através da escala de retração precoce. (Tabela 9)

Tabela 9 - Correlação da retração precoce dos bebês, aos seis meses, de mães deprimidas e não deprimidas

	Não deprimidas	Deprimidas	Teste Mann-Whitney (p)
Média	14,18	17,22	
Desvio-padrão	6,34	5,44	0,107
N	17	23	

Através da correlação de Pearson percebemos que mães com sintomas de depressão, aos sete meses, gestaram bebês com escores mais altos de retração aos seis meses. Embora essa correlação tenha sido estatisticamente significativa ($c < 0,04$) foi considerada fraca (Tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre o valor de Hamilton em gestantes, no sétimo mês de gravidez, e os resultados de retração ao parto e aos 6 meses do nascimento

N=40		Hamilton (7 meses)
Retração ao parto	Correlação	0,187
	Sig (p)	0,247
Retração aos 6 meses do nascimento	Correlação	0,328
	Sig (p)	0,039

Foi, então, realizada comparação entre os escores da Escala de Hamilton obtidos nos três momentos estudados: sétimo mês de gravidez, momento do parto e seis meses após o parto, visando observar alterações nesse índice da escala no transcorrer desses períodos. Para isso foi utilizado o teste de Friedman ($p < \text{ou igual que } 0,05$).

Obtivemos então os seguintes resultados:

Tabela 11- Escores da escala de Hamilton nos três momentos estudados.

	7 meses de gravidez	Parto	6 meses após o parto	Teste Friedman (p)
Média	21,08	23,82	24,03	
Desvio-padrão	8,974	7,86	7,48	0,0067
N	40	40	40	

Esses dados mostram um aumento significativo nos escores de Hamilton quando comparados os valores obtidos no sétimo mês de gestação e o momento do parto ($p < 0,05$). Quando comparamos o momento do parto e seis meses após, não houve diferença estatisticamente significativa. Também não houve diferença ($p > 0,05$) quando comparamos os sete meses de gestação com seis meses após o parto. Entretanto, podemos observar uma “tendência” de aumento no escore de Hamilton nos seis meses pós-parto. (Tabela 11)

Particularizando esses momentos e considerando a amostra de mães deprimidas e não deprimidas, é possível analisar os resultados abaixo representados nas tabelas, seguintes, visando se compreender a evolução dessas mães. Para isso se utilizou o teste de Mc Nemar.

Tabela 12- Hamilton aos sete meses de gravidez X Hamilton ao Parto

	Mães deprimidas ao parto	Mães não deprimidas ao parto	Total
Mães não deprimidas aos 7 meses de gestação	7 (17,5%)	10 (25%)	17 (42,5%)
Mães deprimidas aos 7 meses de gestação	2 (5,0%)	21 (52,5%)	23 (57,5%)
Total	9 (22,5%)	31 (77,5%)	40 (100%)

Das dezessete mães (42,5%) que não estavam deprimidas aos sete meses de gravidez dez (25,0%) deprimiram no parto. Das vinte e três mães (57,5%) que estavam deprimidas aos sete meses de gravidez, vinte e uma (52,5%) continuaram deprimidas. Portanto, é possível observar um aumento significativo ($p > 0,05$) do número de mães que deprimiram após o sétimo mês de gestação. (Tabelas 12 e 13)

Tabela 13 - Hamilton ao Parto X Hamilton aos seis meses após o parto

	Mães não deprimidas após 6 meses do parto	Mães deprimidas após 6 meses do parto	Total
Mães não deprimidas ao parto	8 (20,0%)	1 (2,5%)	9 (22,5%)
Mães deprimidas ao parto	3 (7,5%)	28 (70,0%)	31 (77,5%)
Total	11(27,5%)	29 (72,5%)	40 (100,0%)

Das nove (22,5%) mães que não estavam deprimidas no parto, oito (20%) mantiveram-se não deprimidas após seis meses do parto. Das trinta e uma (77,5%) deprimidas no parto, vinte e oito (70%) continuaram deprimidas após seis meses do parto (Tabela 14). Assim, não observamos nenhuma alteração estatisticamente significativa entre o número de mães deprimidas e não deprimidas ao momento do parto e seis meses após.

Tabela 14 - Hamilton aos sete meses de gravidez X Hamilton aos seis meses após o parto

	Mães não deprimidas após 6 meses do parto	Mães deprimidas após 6 meses do parto	Total
Mães não deprimidas aos 7 meses de gravidez	9 (22,5%)	8 (20%)	17 (42,5%)
Mães deprimidas aos 7 meses de gravidez	2 (5,0%)	21 (52,5%)	23 (57,5%)
Total	11 (27,5%)	29 (72,5%)	40 (100%)

Das dezessete mães (42,5%) não deprimidas aos sete meses de gravidez, apenas nove (22,5%) continuaram sem depressão após seis meses do parto. Das vinte e três

(57,5%) mães deprimidas aos sete meses de gravidez, vinte e uma (52,5%) continuaram deprimidas após seis meses do parto. Portanto, podemos dizer que as alterações verificadas, entre o número de mães deprimidas e não deprimidas no momento do parto e seis meses após, não são estatisticamente significativas.

O gráfico abaixo mostra, conjuntamente, a evolução dos valores do escore de Hamilton nos três momentos estudados e escala de Retração Precoce dos bebês no parto e seis meses após. Observa-se que mães deprimidas no momento do parto tiveram bebês com índices de retração mais altos nesse momento do parto, evidenciando uma correlação, estatisticamente significativa, embora fraca. Mães deprimidas aos sete meses de gestação e no parto também tiveram bebês que apresentaram maior índice de retração seis meses após o parto. Essa correlação também foi considerada estatisticamente significativa, embora fraca.

Gráfico 1: Evolução de Hamilton e de Retração.

5. DISCUSSÃO

A gravidez é normalmente considerada um estágio de crise na vida da mulher. Ela representa uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, envolvendo uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Os aspectos psicológicos da gestação estão divididos em três trimestres, com características específicas que podem ser observadas na maioria das mulheres independente do nível sociocultural (MALDONADO, 1984).

Segundo o mesmo autor (2000), o puerpério, assim como outras fases do ciclo vital, é um período considerado propenso a crises devido às mudanças físicas e psicológicas que o acompanham.

De quarenta mães abordadas neste trabalho, aos sete meses de gestação, 57,5% apresentaram escores na escala de Hamilton maior ou igual a dezenove e foram consideradas deprimidas. Portanto, houve um número maior de mães deprimidas no período pré-parto (sétimo mês de gestação). Esses dados vão ao encontro dos achados de Hollins (2007), Suri et al. (2007) e Evans et al. (2001) que também assinalaram que o nível de depressão e ansiedade é comum ou até mais intenso durante a gestação e o período pós-natal.

Em sua pesquisa, Simão (2003) destacou o primeiro trimestre de gestação como o de maior probabilidade de manifestação de sintomatologia depressiva, pois caracteriza o período de adaptação das demandas da maternidade. Relatou também que esses sintomas depressivos podem se tornar graves, persistentes e invalidantes, sendo encarados como parte de um episódio depressivo clinicamente significativo.

No terceiro trimestre de gestação, mais precisamente aos sete meses, para avaliar a presença de sintomas depressivos, foi utilizada neste trabalho a escala de Hamilton. Assim, não foram analisados os dados do primeiro trimestre de gravidez, constatados por Simão (2003), como um período no qual um número significativo de mães apresenta os sintomas depressivos. A amostra de gestantes no terceiro trimestre, correspondente a 57,5%, vem ao encontro dos achados de Evans et al. (2001) que destacaram em seu trabalho escores de depressão maiores na trigésima segunda semana de gestação. Hoffman & Hatch (2000) também encontraram, nesse mesmo período, escores de depressão. O padrão estabelecido nos dados de suas pesquisas sugeriu que o final do segundo trimestre e o início do terceiro são os mais afetados pela sintomatologia depressiva, fato esse também observado por nós.

Ao serem reavaliadas por nós seis meses após a gestação (período puerperal), as gestantes que se mostraram depressivas no sétimo mês de gravidez (57,5%) mantiveram-se nessa mesma condição ou apresentaram escores maiores na escala de Hamilton. Assim, verificou-se neste trabalho, bem como nos estudos de Evans et al. (2001) e Gotlib et al. (1991), contrariando os achados de Hoffman e Hatch (2000) e Kendel et al. (1987), que a gestação apresentou-se como um período de instabilidade emocional, principalmente no terceiro trimestre, no qual a incidência de sintomas e distúrbios depressivos é correlata àquela apresentada nas primeiras semanas pós-parto.

A revisão de pesquisas realizada por Field et al. (2006) refere que a depressão materna, durante o período pré-natal, aponta que o feto e o recém-nascido vivenciaram complicações nos três períodos: pré-natal, pós-natal e puerperal. A atividade fetal é elevada, o crescimento intrauterino retardado e a prematuridade e baixo peso no nascimento ocorrem com mais frequência. Recém-nascidos de mães deprimidas

apresentam, assim, esse perfil bioquímico/fisiológico que imita o perfil bioquímico/fisiológico de suas mães, incluindo alto nível de cortisol, baixos níveis de dopamina e serotonina e baixo reflexo vagal. Nesse trabalho, um elevado nível de cortisol no período pré-natal foi o mais forte preditor de distúrbios neonatais.

Green & Murray (1994) afirmaram que quase 40% das mulheres depressivas no período pós-natal também apresentaram elevados escores de depressão no pré-natal, sugerindo uma prevalência de sintomas presentes nos períodos pré e pós-parto, fato esse também observado por nós.

É possível encontrar uma similaridade entre este trabalho que pesquisou a retração precoce do bebê e o humor de gestantes adolescentes de baixa renda e os trabalhos de Cruz et al. (2005) e Faisal-Cury et al. (2004), nos quais a alta prevalência de depressão nas gestantes é explicada pelo baixo nível sócioeconômico chamando a atenção a alta prevalência do transtorno mental nessa população.

Surkan et al. (2008) estudaram famílias brasileiras de baixa renda que tiveram baixos níveis de sintomas depressivos durante a gestação. Encontraram, aproximadamente, um risco duas vezes maior de filhos com baixa estatura dos seis aos vinte e quatro meses de idade. Tais distúrbios não foram associados à depressão pré-parto e, sim, à baixa renda que gerou condições precárias para mãe e bebê, prejudicando o desenvolvimento físico desse último. Nosso trabalho aponta para fatos diversos, uma vez que não observamos alterações pôndero-estaturais nem menores níveis de depressão nas mães avaliadas.

Para Cruz et al. (2005), Faisal-Cury et al. (2004) e Surkan et al. (2008) existe a possibilidade da interferência do nível social no desenvolvimento dos bebês. Este

estudo encontrou alterações no desenvolvimento dos bebês, cujas mães pertenciam a uma classe de baixo nível socioeconômico, o que não foi observado em nosso trabalho.

Rahman et al. (2004) detectaram que bebês de mães com depressão pré-natal apresentaram retardo no crescimento e grande risco de diarreia comparados a bebês de mães saudáveis. As causas que possivelmente afetaram o crescimento desses bebês incluíam um estilo de vida da mãe não saudável, cuidados pessoais precários no período pré-natal e falta de habilidade no período pós-natal, resultando num cuidado físico, emocional e psicossocial deficiente. Foram observadas, também, dificuldades psicossociais associadas, tais como: falta de suporte familiar à mãe e baixa renda, dificultando o cuidado com o bebê. Neste estudo foram encontradas fortes evidências de manifestação da sintomatologia depressiva durante a gestação de mulheres com baixo nível socioeconômico.

Hoffman & Hatch (2000) estabeleceram a mesma correlação e mencionaram que o impacto negativo do estresse materno tem sido investigado durante a gestação, por aproximadamente trinta anos, podendo promover consequências danosas para a gestação.

Em concordância com os resultados encontrados por Reeb et al. (1987) e Shiono et al. (1997) não foi possível estabelecer, no nosso estudo, associação entre sintomatologia depressiva e baixo peso em mulheres de baixa renda, contrariando os achados de Rahman et al. (2004) e Hoffman & Hatch (2000).

Berle et al. (2005) constataram que não há correlação entre o baixo escore de Apgar e a ocorrência de depressão. Mesmo tendo sido acrescido o estudo de outras

variáveis como peso e altura, também não foi constatada, em nossa pesquisa, a correlação acima.

Hoffman et al. (2000) encontraram, como efeito da depressão materna pré-natal, um retardo no crescimento intrauterino do bebê e Lobel et al.(2000) encontraram como efeito bebês com baixo peso.

O trabalho de Petri et al. (2000) vai ao encontro dos trabalhos citados anteriormente, pois detectou que a prevalência de bebês pequenos para sua idade gestacional foi maior entre mães que tiveram depressão ou ansiedade durante a gestação. Esses achados indicariam falha no desenvolvimento fetal, que poderia ser fruto de influências do ambiente ligadas ao estilo de vida da mãe.

No presente estudo, tanto mães deprimidas como não deprimidas tiveram bebês com peso normal. Evans et al. (2001) também não encontraram associação da depressão com baixo peso.

Apesar de as gestantes por nós avaliadas terem apresentado alterações de humor no período pré-parto, as mesmas não tiveram complicações obstétricas. Todos os bebês nasceram a termo, de parto vaginal (30%) ou cesariana (70%). Esses achados vão de encontro ao descrito por Lobel et al. (2000) e O'Connor et al. (2002) que afirmaram estar o estresse materno pré-natal negativamente relacionado a complicações obstétricas e à saúde do bebê.

Portanto, as alterações de retração dos bebês não podem ser justificadas por complicações obstétricas.

Jesse et al. (2002) relataram, em seu trabalho, que as gestantes com sintomas de depressão durante a gestação apresentam chances maiores de terem bebês prematuros, que os fatores de saúde psicossocial são importantes durante a gestação e que, mais da metade de sua amostra de gestantes sentia-se triste, deprimida e apresentava perda de interesse em atividades prazerosas.

Os resultados encontrados por Dayan et al. (2006) são concordantes com as hipóteses aventadas por Jesse et al. (2002), Steer et al. (1992), Orr et al. (2002) e Mayzoub et al. (1999) de que mulheres com altos escores de depressão apresentam um risco maior para nascimento prematuro espontâneo. Tais hipóteses não foram constatadas neste estudo nem nos trabalhos de Dole et al. (2003), Perkin et al. (1993), Copper et al. (1996) e Andersson et al. (2004a).

Em concordância com os achados deste trabalho, Andersson et al. (2004b) referem, em sua pesquisa, que a depressão pré-parto, os transtornos de ansiedade e outros problemas de saúde não influenciam nas condições de saúde do bebê ao nascimento. Tais condições de saúde não foram afetadas ao momento do nascimento (complicações obstétricas, nascimento prematuro), tendo possíveis manifestações no decorrer do desenvolvimento.

Utilizando a escala de avaliação da reação de retração aplicada uma semana e também seis meses após o nascimento foram avaliados: comportamentos após a reação a estímulos, redução da expressividade facial, contato visual, atividade corporal, gestos de auto-estimulação, vocalizações, vivacidade de reação aos estímulos, relação e atratividade. Todos esses fatores nos permitiram avaliar os esquemas motores e a sociabilidade do bebê que, neste trabalho, se apresentaram comprometidos em bebês de mães com sintomatologia depressiva em todos os períodos: pré-parto, pós-parto e

puerperal. Tais particularidades foram também encontradas nas pesquisas realizada por Abrans et al. (1995), Di Pietro et al. (1996), Lundy et al. (1996), Lundy et al. (1999), Field et al. (2003), Di Pietro et al. (2006), Stewart (2007), cujos bebês de mães depressivas apresentaram alto índice de ansiedade, atraso no desenvolvimento, dificuldades imprevisíveis na adaptação, dificuldade de orientação e coordenação motora, baixo nível de atividade, maior irritabilidade, menor resistência, orientação inferior ao normal, contribuindo para um comprometimento neuro-comportamental, social e emocional do recém-nascido.

Para Field et al. (2006), os recém-nascidos de mães deprimidas exibiram uma performance inferior na orientação, no reflexo, na excitabilidade e em outros quesitos da Escala de Brazelton.

Para avaliação desses mesmos sinais, foi por nós utilizada, ao invés da Escala de Brazelton, a Escala de Retração precoce do bebê. Foram encontrados resultados semelhantes, ou seja, alterações na orientação, no reflexo e na excitabilidade. Tais achados, somados ao de Field et al. (2006), reforçam a hipótese de que mães deprimidas comprometem o desenvolvimento inicial dos bebês.

Fisher et al. (2004) relataram complexos distúrbios de humor materno, durante o período pré-natal, avaliados através de instrumentos psicométricos para medir depressão, ansiedade e fadiga ocupacional severa. Os bebês desse estudo choravam por vários períodos, acordavam com frequência durante a noite, não dormiam bem durante o dia e tinham dificuldades na amamentação.

O instrumento de medição do estado do bebê nos períodos pós-parto e seis meses após o parto utilizado neste trabalho não avaliou essas mesmas questões

encontradas por Fisher et al. (2004). Entretanto, tais fatores colaboram para reforçar a hipótese de que os bebês apresentam alterações no desenvolvimento em função da sintomatologia depressiva no período pré-natal.

Apesar de o objetivo deste trabalho não ser estudar o desenvolvimento dos bebês de mães com sintomas de depressão pós-parto, as alterações dos bebês avaliados foram também verificadas nesse período. Os dados encontrados apontam para a existência de sintomas relacionados ao período pós-parto, sintomas esses já mencionados por outros pesquisadores. De maneira similar aos achados de Ryan et al. (2005), os bebês deste trabalho apresentaram alterações no desenvolvimento biopsicossocial, podendo influenciar negativamente na interação mãe-bebê, sendo que o bebê pode apresentar distúrbios cognitivos, emocionais e comportamentais, que dificultariam o desenvolvimento de suas relações sociais.

Moraes et al. (2006) apesar de terem como enfoque em seu trabalho o estudo da prevalência da depressão pós-parto, também utilizaram como ferramenta a escala Hamilton com ponto de corte em 18 pontos, para caracterizar depressão moderada e grave. No entanto, apontaram em seus resultados uma limitação ao seu estudo que foi a falta de avaliação das variáveis importantes como: a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação e a presença de depressão durante a gestação os quais, estudados neste trabalho, complementariam esse estudo, respondendo as questões do autor sobre a depressão pré-parto ser ou não um determinante para a manifestação da depressão no puerpério. Essa correlação não pôde ser realizada, afinal apenas 50% da amostra com depressão pré-natal deprimiu no puerpério, não constituindo assim fator causal univalente. A trajetória dos filhos de mães deprimidas não deve ser atribuída somente às influências pré-natais, mas também às influências

sociais e interpessoais, como as atitudes maternas em direção a seus filhos. Isto é, mulheres que encaram sua gestação mais negativamente podem estar menos propensas a interagir com seu bebê, prejudicando o desenvolvimento e desestabilizando a interação social e emocional de seus bebês.

Para Bowen e Muhajarine (2006), aproximadamente vinte por cento das gestantes apresentaram experiências de depressão pré-natal com efeitos destrutivos para a díade mãe-bebê, aumentando o risco de desenvolvimento da depressão pós- parto.

Faisal-Cury et al. (2004) estudaram, utilizando o inventário de Beck para depressão, cento e treze mulheres no décimo dia do puerpério e encontraram a prevalência de depressão puerperal de 15,9%.

Mães com depressão pós-parto, segundo Schwengber e Piccinini (2004), são menos enfáticas na demonstração física e mental de afeto. Esses resultados subsidiam as verificações do presente trabalho que refere que os bebês, cujas mães apresentaram alterações de humor no pós-parto, podem manifestar pior interação social. Tais alterações de retração coincidem com os resultados da pesquisa de Motta (2005) de que os bebês de mães depressivas possuem maior frequência de alterações comportamentais, tais como aversão à interação e vocalizações reduzidas.

Ainda para adensar a credibilidade de tais achados, Jung et al. (2007) ratificam que muitas mães deprimidas tendem a ser apáticas e indiferentes aos comportamentos de comunicação de seus bebês ou, em outro extremo, apresentam-se excessivamente intrusivas em função da ansiedade e da inabilidade na relação com eles.

Como não fizemos avaliações das questões comportamentais de interação na relação mãe-bebê no pós-parto, não há como confirmar esses achados, apesar de os

mesmos caracterizarem complicadores para as dificuldades no desenvolvimento biopsicossocial do bebê.

Os bebês estudados neste trabalho não apresentaram alterações no crescimento infantil como decorrência da depressão pré-parto, pós-parto ou puerperal, embora Stewart (2007) estabeleça uma correlação direta entre depressão materna e crescimento infantil. Mães deprimidas, segundo ele, podem não apreciar a interação com seu bebê por estarem cansadas, com dificuldades de concentração ou tomadas por sentimentos de culpa, invalidez e falta de esperança.

O sentimento de impotência localizado na base da vivência depressiva da mãe com seu bebê, segundo Marques (2003) impede-a de investir, reconhecer e interpretar as necessidades do seu bebê.

Schewengber e Piccinini (2004) encontraram evidências de que mães com indicadores de depressão foram menos enfáticas na demonstração física e verbal de afeto e mais apáticas do que mães sem indicadores de depressão.

Frizzo e Piccinini (2005) obtiveram resultados semelhantes aos de Marques (2003) e ainda alertaram que o problema da depressão materna no pós-parto afeta seriamente a relação mãe-bebê. Mencionaram ainda que, ao não receber um “feedback” de seus comportamentos, o bebê pode desenvolver um estilo de interação deprimido.

Embora cinquenta por cento da amostra de mães avaliadas neste trabalho não tenham apresentado sintomas depressivos no pré-parto, os resultados revelaram que parcela considerável dessas mães deprimiu após o parto e gestaram bebês que apresentaram alterações na sociabilidade (retração). Essas mesmas alterações foram, entretanto, constatadas também nos bebês das mães que não apresentaram sintomas

depressivos no pré-parto. Tais dados levam a pensar que a presença de alterações na retração dos bebês durante o período pós-parto pode ser também explicada pelas possíveis dificuldades na interação mãe-bebê durante o primeiro semestre de vida, não sendo, portanto, o período pré-parto o único determinante conforme referem Bowlby (1990) e Winnicott (1991). Bowlby (1990) menciona a importância das repercussões do vínculo afetivo no desenvolvimento e saúde mental da criança. A ênfase de Bowlby nas competências precoces e na tendência inata do recém nascido influenciou, profundamente, os estudos sobre as interações entre as mães e seus bebês, atribuindo aos últimos um papel ativo na construção da relação. Winnicott (2001) cita a relevância da atenção que a mãe dedica ao seu bebê utilizando a expressão Preocupação Materna Primária. Esse conceito diz respeito ao estado psíquico atingido pela mãe saudável, colocando-se em posição de oferecer um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento das potencialidades inatas de seu bebê.

Austin & Priest (2005) também chamaram a atenção para a necessidade de oferecer um tratamento adequado para os distúrbios de humor principalmente a depressão pré-natal, para garantir o bem estar da mãe e do bebê. A preocupação desses autores é de grande relevância, pois, como foi observado neste trabalho, a incidência de sintomas depressivos no pré-natal parece gerar consequências, que foram por nós observadas através da alteração de retração do bebê.

Austin (2006) acrescentou que, sempre que possível, mulheres com histórico de depressão deveriam planejar sua gravidez para, assim, preverem um tratamento com antidepressivos de dose mínima, com monitoramento médico durante a gestação como prevenção de problemas futuros.

Apesar de não ser o objetivo deste trabalho caracterizar os cuidados maternos com relação a um tratamento depressivo no pré-natal, cabe aqui reforçar tal alerta. Afinal, trata-se de uma psicopatologia que traz consequências destrutivas para a díade mãe-bebê, principalmente no que diz respeito ao vínculo com todos os outros fatores biopsicossociais.

Moses – Kolko et al. (2004) afirmaram, em seu artigo sobre o tratamento da depressão pré e pós-parto, que a depressão durante a gestação é um fator preditor de depressão pós-parto sendo associada a efeitos adversos no desenvolvimento do recém-nascido. Bebês de mães depressivas exibiriam relações de apego inseguras.

Misri et al. (2004) ressaltaram em sua pesquisa que altos níveis de ansiedade materna e depressão, durante o segundo e o terceiro trimestres de gestação, estavam associados a uma débil adaptação do recém-nascido. Os dados encontrados sugeriram que, mesmo com a presença de terapia farmacológica para a depressão materna, durante a gestação, os níveis de ansiedade e de depressão materna estavam relacionados a complicações do desenvolvimento dos bebês. Mencionaram que estudos como o de Chung et al., de 2001, e Hoffman et al.(2000) sugeriam que a depressão pré-natal pode por si só ter um impacto negativo direto na saúde do recém-nascido. Esses dados vão ao encontro dos achados deste trabalho de que a depressão pré-natal traz consequências para o desenvolvimento do recém-nascido. Para confirmar essas afirmações, Newport et al.(2002) relataram que a depressão durante a gestação pode ser de fato um primeiro evento adverso na vida inicial da criança, o que também reforça os resultados deste trabalho que correlaciona a depressão pré-parto como possível complicador para o desenvolvimento inicial infantil.

O'Connor et al. (2007) concluíram que distúrbios de humor na gestação possuem efeitos persistentes no que diz respeito a distúrbios de sono na criança. Com base nesses achados, acrescentam que as pesquisas crescentes da literatura mostram que estresse materno pré-natal, ansiedade e depressão têm efeitos duradouros no desenvolvimento infantil. Os autores não encontraram uma relação unidirecional pelo fato de ser a alteração de humor pré-natal a única responsável pelos distúrbios de sono. Acrescentam que a inclusão de diagnósticos de depressão e de ansiedade pós-natal podem também ser fatores determinantes para tratar esses distúrbios.

Apesar de ter estabelecido uma relação diferente neste estudo, talvez o resultado de O'Connor et al. (2007) possa reforçar a ideia de que qualquer alteração no desenvolvimento infantil não é explicada por apenas um fator como a depressão pré-natal.

No estudo de Cruz et al. (2005), foi encontrada maior incidência de casos de depressão puerperal nas mulheres, cujos recém-nascidos tiveram Apgar menor que oito, no primeiro minuto, mas, assim como neste trabalho, isso não atingiu significância estatística para confirmar sinais de retração no bebê.

Também assinalaram possíveis fatores de risco para a depressão, conflitos conjugais, ansiedade e depressão na gravidez, considerando que a depressão é de comum prevalência em gestantes afetando entre 10 a 25% das mulheres (ANDERSON et al., 2004; DE TYCHEY et al., 2005; MARCUS et al., 2004; STOWE et al., 2005). Por essa frequência, parece-nos importante procurar relações entre ela e o estado de nascimento dos bebês envolvidos inclusive porque, embora a depressão puerperal não tenha sido objeto de estudo deste trabalho, percebemos, em conformidade com o que Cruz et al. (2005) imaginaram, que existe uma correlação entre a depressão puerperal

com a pré-parto, uma vez que as mães que apresentaram sintomas de depressão pré-parto continuaram deprimidas no pós-parto ou apresentaram maiores escores de depressão puerperal na escala de Hamilton. Também foram observadas neste trabalho alterações na retração precoce do bebê.

6. CONCLUSÃO

Este estudo, ao abordar a presença de alterações de retração precoce em bebês filhos de mães com ou sem alterações de humor no período gestacional, procurou estudar a presença de alterações precoces nos bebês de mães com sintomatologia depressiva durante o período pré-parto, pós-parto e puerperal, através da Escala de Retração Precoce.

Em consequência pode observar que mães deprimidas no pré-parto parecem estar associadas a maiores índices de retração de seus bebês.

Na reavaliação, seis meses após a gestação (período puerperal), as gestantes que se mostraram depressivas no sétimo mês de gravidez (57,5%) mantiveram-se nessa mesma condição ou apresentaram escores maiores na escala de Hamilton.

Entretanto, mães que não apresentaram alterações de humor durante o pré-parto também gestaram bebês com alterações na qualidade de interação social, o que aponta para uma relação que envolve outros fatores que não somente este, embora tenhamos observado a tendência de que a presença de alterações de humor no pré-parto constitui fator relevante na manifestação de possíveis alterações da retração precoce no bebê.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, S.; FIELD, T.; SCAFIDI, F.; PRODRAMIDIS, M. Newborns of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*. v.16, p.233-239, 1995

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; GRANATO, T.M.M. A Preocupação Materna Especial. *Psicologia Clínica*. V.14, p.87-92, 2003

ANDERSSON, L.; SUNDSTROM-POROMAA, I.; WULFF, M.; ASTROM, M.; BIXO, M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetric Gynecology*, v.104, p.467-476, 2004.

ANDERSSON, L.; SUNDSTROM-POROMAA, I.; WULFF, M.; ASTROM, M.; BIXO, M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetric Gynecology*, v.189, p. 148-154, 2003

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais .DSM-IV-TR. (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Artmed, 2002

ASSUMPÇÃO JR, F.B.; KUCZYNSKI E.; REGO, M.G.S.; ROCCA C.C. Escala De Avaliação Da Reação De Retração No Bebê -Um estudo de validade - Arquivo de Neuro-Psiquiatria. v. 60, n. 1, 2002

AUSTIN, M-P. To treat or not to treat: maternal depression, SSRI use in pregnancy and adverse neonatal effects. *Psychological Medicine*. v.36, p.1663-1670, 2006

AUSTIN, M-P.; PRIEST, S.R. Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. v.112, p. 97-104, 2005

- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48, 2006
- BECK, A.T.; STEER, R.A. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993
- BERLE, J.O.; MYKLETUN, A.; DALTVET, A.K.; UASMUSSEN, S.; HOLSTEN, F.; DAHL, A.A. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Women's Ment Health*, v.8, p.181-189, 2005
- BORNSTEIN, M.H.; TAMIS-LEMONDA, C.S. Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior and Development*, v. 20, p. 283-296, 1997
- BOWEN, A.; MUHAJARINE, N. Antenatal depression. *Can Nurse*. v.102. n.9, p.26-30, 2006
- BOWLBY, J. Apego. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990
- BOWLBY, J. Perda. São Paulo: Martins Fontes, 1993b
- BOWLBY, J. Cuidados Maternos E Saúde Mental. São Paulo: Martins Fontes, 1988
- BOWLBY, J. Formação e rompimentos dos laços afetivos. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990
- BOWLBY, J. Separação. São Paulo: Martins Fontes, 1993a.
- BOWLBY, J. Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1989
- BRAZELTON, T.B. Momentos Decisivos Do Desenvolvimento Infantil. 1ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995
- BRAZELTON, T.B. O Desenvolvimento Do Apego: Uma família em formação. 1ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes, 1992

CAMPBELL, S.B.; COHN, J.F.; MEYERS, T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, v. 31, p.349-357, 1992

CHIATTONE, H. B. C. Psicologia e obstetrícia. Trabalho apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, UNIP, São Paulo, 2006.

CHUNG, T.K.; LAU, T.K.; YIP, A.S.; CHIU, H.F.; LEE, D.T. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* v.63, p.830-834, 2001

COHN, J.F.; CAMPBELL, S.B.; MATTIAS, R.; HOPKINS, J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, v. 26, p.15-23, 1990

COOPER, R.L.; GOLDENBERG, R.L.; DAS, A.; ELDER, N.; SWAIN, M.; NORMAN, G.; RAMSEY, R.; COTRONEO, P.; COLLINS, B.A.; JOHNSON, F.; JONES, P.; MEIER, A.M. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*; v.175, p.1286-1292, 1996

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.27, n.4, p.181-188, 2005

DARWIN, C. On the origin of species by means of Natural Selection. Londres: John Murray, 1850

DAYAN J.; CREVEUIL, C.; MARKS, M.N.; CONROY, S.; HERLICOVIEZ, M.; DREYFUS, M.; TORDJMAN, S. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, v.68, p.938-946, 2006

DE FELICE, E.M. A Psicodinâmica do Puerpério. São Paulo: Vetor, 2000

DE TYCHEY, C.; SPITZ, E.; BRIANCON, S.; LIGHEZZOLO, J.; GIRVAN,F.; ROSATI, A.; THOCKLER, A.; VINCENT, S. Pre and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affect Disorders*, v.85, p.323-326, 2005

DI PIETRO, J.A.; NOVAK, M.F.S.X; COSTIGAN, K.A.; ATELLA, L.D.; REUSING, S.P. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, v.77, n.3, p.573-587, 2006

DOLE, N.; SAVITZ, D.A.; HERTZ-PICCIOTTO, I.; SIEGA-RIZ, A.M.; MCMAHON, M.J.; BUCKERS, P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol*; v. 157, p. 14-24, 2003

EVANS, J.; HERON, J.; FRANCOMB, H.; OKE, S.; GOLDING, J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*. v.323, p.257-260, 2001

FAISAL-CURY, A.; TEDESCO, J.J.; KAHHALE, S.; MENEZES, P.R.; ZUGAIB, M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Women Ment Health*. v.7, n.2, 123-131, 2004

FALCONE, V. M., MADER, C. V. N., NASCIMENTO, C. F. L., SANTOS, J. M. M., & NÓBREGA, F. J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 333-340, 2005.

FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNADEZ-REIF, M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior & Development*, v.29, p.445-455, 2006

FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNADEZ-REIF, M.; SCHANBERG, S.; KUHN, C.; YANDO, R.; BENDELL, D. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety*, v.17, p.140-151, 2003

FIELD, T.; HEALY, B.; GOLDSTEIN, S.; GUTHERTZ, M. Behavior state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, v. 26, p. 7-14, 1990

FISHER, J.; FEEKERY, C.; ROWE, H. Treatment of maternal mood disorder and infant behaviour disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. Arch Womens Ment Health. v.7, p. 89-93, 2004

FREUD, S. Obras Psicológicas Completas De Sigmund Freud Edição Standard Brasileira. Rio De Janeiro: Imago, 1996

1. Estudos Sobre A Histeria (1893-1895), In: Casos Clínicos. Vol. II
2. A Vida Sexual Dos Seres Humanos (1916-1917).In: Conferências Introductorias Sobre Psicanálise, Conferência.XX. Vol.XVI
3. Os Caminhos Da Formação Dos Sintomas (1916-1917).In: Conferências Introductorias Sobre Psicanálise, Conferência.XXIII. Vol.XVI.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol. estud., , v. 10, n. 1, p.47-55, 2005

GORDON, R.E.; GORDON, K.K. Social factors in prevention of postpartum emotional adjustment. Obst. And Ginecol. V. 15, p. 433, 1959

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GOTLIB, I.H.; WHIFFEN, V.E.; WALLACE, P.M.; MOUNT, J.H. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. Journal of Abnormal Psychology. v.100, p.122-132, 1991

GREEN, J.; MURRAY, D. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. Perinatal Psychiatry. London: Gaskell, 1994.

GRIFFA, M.C.; MORENO, J.E. Chaves para a psicologia do desenvolvimento, tomo1: vida pré-natal, etapas da infância. 3ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2005

HALBREICH, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: Implications for clinical practice and research. CNS Spectrums, 9 (3), 177-184.

HAY, D. F., & KUMAR, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 25(3), 165-181.

HOFFMAN, S.; HATCH, M.C. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *J Health Psychology*. v.10, n.6, p.535-543, 2000

HOLLINS, K. Consequences of antenatal mental health problems for child health and development. *Current Opinion Obstetrics and Gynecology*, v.19, p.568-572, 2007

JESSE, D.E.; SEAVER, W.; WALLACE, D.C. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. *Midwifery*, v.19, p.191-202, 2002

JUNG, V.; SHORT, R.; LETOURNEAU, N.; ANDREWS, D. Interventions with depressed mothers and their infants: modifying interactive behaviours. *Journal of Affective Disorders*, v.98, p.199-205, 2007

KENDELL, R.E.; CHALMERS, J.C.; PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*. v.150, p.662-673, 1987

LOBEL M.; DE VINCENT, C.J.; KAMINER, A. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *J Health Psychol*. v.19, p.544-553, 2000

LOMBARDI, C.; BRONFMAN, M.; FACCHINI, L. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; BÉRIA, J. U. & TEIXEIRA, A. M. B. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, 22:253-265, 1988

LUNDY, B.; FIELD, T.; PICKENS, J. Newborns of mother with depressive symptoms are less expressive. *Behavior and Development*. v.19, p.419-424, 1996

LUNDY, B.; JONES, N.A.; FIELD, T.; NEARING, G.; DAVALOS, M.; PIETRO, P.A.; KUHN, S.S. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior and Development*. v.22, n.1, p.119-129, 1999

MAHLER, M. O. Nascimento psicológico da criança. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

- MALDONADO, M. T. P.. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988
- MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis: Artes Médicas, 1984
- MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez. São Paulo: Saraiva, 2000
- MARCUS, S.M.; FLYNN, H.A.; BLOW, F.C.; BARRY, K.L. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Women's Health*, v.12, p.373-380, 2004
- MARQUES, C. Depressão maternal e representações mentais. *Análise Psicológica*, v.1, p.85-94, 2003
- MAXWELL, D. L.; SATAKE, E. Research and Statistical Methods in Communication Disorders. Williams & Wilkins. Baltimore – USA, 1997
- MAYZOUN, J.A.; MCGREGOR, J.A.; LOCKWOOD, C.J.; SMITH, R.; TAGGART, M.S.; SCHULKIN, J. A central theory of preterm and term labor: putative role for corticotropin releasing hormone. *Am J Obstet Gynecol*. v.180, p.232-241, 1999
- MICHAELIS MODERNO DICCIONARIO DA LINGUA PORTUGUESA. 1ª Ed. São Paulo: Melhoramentos, 2004
- MISRI, S.; OBERLANDER, T.F.; FAIRBROTHER, N.; CARTER, D.; RYAN, D.; KUAN, A.J.; REEBYE, P. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J Psychiatry*. v.49, n.10, p.684-689, 2004
- MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L; SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Ver Saúde Pública*. v.40, n.1, 2006
- MOSES-KOLKO, K.L.; ROTH, E.K. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc*. v.59, n.3, p.181-191, 2004

MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; ANFRO, G.G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul. v. 27, n. 2, p.165-176, 2005.

MURRAY, L.; COOPER, P. The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes. New York: The Guilford Press, 1997

MURRAY, L., COOPER, P.J., WILSON, A. & ROMANIUK, H. (2003) A controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of postpartum depression: II impact on the mother child relationship and child outcome. British Journal of Psychiatry, 182, 420-427

MURRAY, L.; FIORI-COWLEY, A.; HOOPER, R.; COOPER, P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Development, Vol.67, p.2512-2526, 1996

MUSSEN, P.H, TONGER J.C., KAGAN J.; HUSTON A C. Desenvolvimento da personalidade da criança. 3ªEd., São Paulo: Harbra, 1995

NEWPORT, D.J.; WILCOX, M.M; STOWE, Z.N. Maternal depression: a child's first adverse life event. Semin Clin Neuropsychiatry. v.7, p.113-119, 2002

O'CONNOR, T.G.; CAPRARIELLO, P.; BLACMORE, E.R.; GREGORY, A.M.; GLOVER, V.; FLEMING, P. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. Early Human Development. v.83, p.451-458, 2007

O'CONNOR, T.G.; HERON, J.; GLOVER, V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. v.41, p.1470-1477, 2002

O'HARA, M. W., NENNABER, D. J. & ZEROSKI, E. M. Prospective Study Of Postpartum Depression: Prevalence, Course And Predictive Factors. Journal Of Abnormal Psychology, Vol.93, p.158-178, 1984

Organização Mundial de Saúde. Cid-10 (1993): Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo, Edusp. Vol.1.

ORR, S.T., BLAZER, D.G.; JAMES, S.A.; REITER, J.P. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. J Women's Health, v.16, 535-542, 2007

ORR, S.T.; JAMES, S.A.; BLACKMORE PRINCE, C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. Am J Epidemiol; v.156, p.797-802, 2002

PAMPLONA, V. Mulher, parto e psicodrama (2a ed.) São Paulo: Agora, 1990

PERKIN, M.R.; BLAND, J.M.; PEACOCK, J.L.; ANDERSON, H.R.; The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. BJOG; JOG; v. 100, p. 629-624, 1993

PETRI, A.; CARDASCIA, L.; ZEN, T.; PELLIZZARI, P; MARCHETTI, M.; FAVARETTO, G.; MIOTTO, P. Obstetric complications in pacientes with depression – a population based case – control study. Journal of affective disorders. v. 61, p. 101-106, 2000

PIAGET, J. Seis estudos de Psicologia. São Paulo, Editora Forense Universitária Ltda, 1973

PIAGET, J. Biologia e Conhecimento, Petropolis: Editora Vozes, 1996

PIAGET, J. Biologie et connaissance. Paris, Gallimard, 1967.

PIAGET, J. Logique et connaissance scientifique. Encyclopédie de la Pléiade. Paris, Gallimard, 1967

PIAGET, J. O possível e o necessário. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985

PICCININI, C.A., SEIDL DE MOURA, M.L., RIBAS, A.F.P, BOSA, C.A., OLIVEIRA, E.A.F., PINTO, E.B., SCHERMANN, L., CHAHON, V.L. Diferentes

perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, São Paulo, Vol.14,p 469-485, 2001

RAHMAN, A.; IQBAL, Z.; BUNN, J.; LOVEL, H.; HARRINGTON, R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry*. v.61, p. 949-952, 2004

RAPPAPORT, C.R. Modelo Piagetiano. In RAPPAPORT; FIORI; DAVIS. *Teorias do Desenvolvimento: Conceitos Fundamentais – v.1*, p.51-7, 1981

REEB, K.A.; GRAHAM, A.V.; ZYZANSKI, S.J.; KITSON, G.C. Predicting low birth weight and complicated labor in urban black women: a biopsychosocial perspective. *Social Science & Medicine*. v.25, p.1321-1327, 1987

ROSSETI-FERREIRA, M.C., AMORIM, K.S. & VITÓRIA, T. A creche enquanto contexto possível de desenvolvimento da criança pequena. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*: São Paulo, 1994

RYAN, D.; MILLIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*, v.51, p.1087-1093, 2005

SCHWENGBER, D.D.S; PICCININI. Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.20, n.3, 2004

SIMÃO, M.J.P. Depressão pós-parto e aspectos psicossociais associados: suporte social e eventos vitais adversos. *Revisão de Literatura*. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2003

SOIFER, R. *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

SPITZ R. A. *O Primeiro Ano De Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1996

STEER, R.A.; SCHOLL, T.O.; HEDIGER, M.L.; FISCHER, F.L. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol*; v.156, p.234-239, 1992

STERN, D. N. A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

STERN, D. N. The first relationship: infant and mother, Cambridge, Harvard University Press, 1980

STEWART, R.C. Maternal depression and infant growth: a review of recent evidence. *Matern Child Nutr.* v.3, n.2, p.94-207, 2007

STOWE, Z.N.; HOSTETTER, A.L.; NEWPORT, D.J. The onset of postpartum depression: implications for clinical screening obstetrical and primary care. *American Journal of Obstetric Gynecology*, v.192, p.522-526, 2005

SURI, R.; ALTSHULER, L; HELLEMANN, G.; BURT, V.K.; AQUINO, A.; MINTZ, J. Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *Am J Psychiatry*. v.164, n.8, p.1206-1213, 2007

SURKAN, P.J.; KAWACHI, I.; RYAN, L.M.; BERKMAN, L.F.; VIEIRA, L.M.C.; PETERSON K.E. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy and child growth. *Am J Public Health*. v.98, n.1, p.125-132, 2008

VAN DEN BERGH, B. R.; MULDER, E.J.; MENNES, M.; GLOVER, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* v.29, n.2, p.237-258, 2005

VASCONCELOS, A.A.J. Estudo prospectivo das variações perinatais de humor. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Núcleo de Pesquisa em Neurociências e Comportamento, 1999

WHIFFEN, V. Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review.* v.12, p.485-508, 1989

WINNICOT, D.W. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas. 1991

WINNICOTT, D. W. A família e o desenvolvimento individual. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. Explorações_Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994

WINNICOTT, D.W. Textos Seleccionados da pediatria à psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988

8. ANEXOS

ANEXO I

ESCALA HAMILTON PARA DEPRESSÃO

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recrimação; sente que decepcionou os outros.

2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.

2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3. Idéias ou gestos suicidas.

4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

- 0. Sem dificuldades para conciliar o sono.
- 1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
- 2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

- 0. Sem dificuldades.
- 1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

- 0. Sem dificuldades.
- 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir.
- 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono, se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

- 0. Sem dificuldades.
- 1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).
- 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.

2. Retardo óbvio à entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.

1. Inquietude.

2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieta.

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.

1. Tensão e irritabilidade subjetivas.

2. Preocupação com trivialidades.

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.

4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

- Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

- Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;
- Cardiovasculares: palpitações, cefaléia;
- Respiratórios: hiperventilação, suspiros;
- Frequência urinária;
- Sudorese

0. Ausente

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda de apetite, mas se alimenta voluntariamente. Sensações de peso no abdômen.

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes

1. Leves
2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
4. Idéias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.
1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 kg de perda por semana.
1. Mais de 0,5 kg de perda por semana.
2. Mais de 1 kg de perda por semana.
3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas..

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

- 0. Nenhum.
- 1. Desconfiança.
- 2. Idéias de referência.
- 3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

- 0. Nenhum.
- 1. Leves.
- 2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ITENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____ (0-62)

ANEXO II

AVALIAÇÃO DE CLASSE SOCIAL – PELOTAS

Classe social: _____

O CHEFE DA CASA TRABALHA

Conta própria:

na construção civil

proletariado típico

nos demais setores da produção de bens materiais

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

com estabelecimento

pequena burguesia tradicional

sem estabelecimento

com conhecimento do ofício

pequena burguesia tradicional

sem conhecimento do ofício

subproletariado

no comércio e serviços

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

com estabelecimento

pequena burguesia tradicional

sem estabelecimento

c/ conhecimento do ofício

pequena burguesia tradicional

s/ conhecimento do ofício

subproletariado

Assalariados:

na produção de bens materiais

relação direta c/ construção

na construção civil

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

c/ conhec. de ofício

proletariado típico

s/ conhec. de ofício

subproletariado

nos demais setores de prod. de bens materiais

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

proletariado típico

relação indireta c/ produção

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

proletariado não típico

em serviços domésticos

subproletariado

em comércio e serviços (exceto domésticos)

c/ form. universit. e/ou postos diretivos

nova pequena burguesia

s/ form. universit. e postos diretivos

proletariado não típico

Empregadores:

com 5 ou mais empregados e renda igual ou superior a 15 SM

burguesia

até 4 empregados e/ou renda inferior a 15 SM

com formação universitária

nova pequena burguesia

sem formação universitária

pequena burguesia tradicional

COMPOSIÇÃO DAS CLASSES SOCIAIS UTILIZADA NO PRESENTE ESTUDO. VERSÃO MODIFICADA DA PROPOSTA DE BRONFMAN E TUIRÁN

A burguesia está constituída por todos os proprietários de meios de produção que, sem estar eles mesmos sujeitos à exploração, empregam força de trabalho assalariada, exercendo uma função de exploração de tipo capitalista que se expressa na apropriação de uma porção de tempo de trabalho do operário. Os requisitos exigidos para pertinência a esta classe são:

- a) empregar cinco ou mais pessoas; e
- b) ter renda individual superior a quinze salários mínimos (pontos de corte arbitrário, porém com base nas características sócio-econômicas de Pelotas).

A nova pequena burguesia engloba os agentes sociais que ocupam os postos de mais alto nível técnico e de tomada de decisões, especificamente:

- a) os trabalhadores assalariados que desempenham, no plano econômico, funções próprias do capital, como são as de direção, organização e vigilância do processo de trabalho e da produção, como, por exemplo, os diretores de empresas, os gerentes, administradores, chefes de departamentos, e outros, que cumprem a função de organizar a exploração da força de trabalho;
- b) os trabalhadores assalariados que exercem funções de direção dentro do setor público. Este grupo é composto por agentes sociais que tem como função planejar, instrumentar e/ou executar políticas que contribuam para a reprodução das relações de produção capitalista. A alta oficialidade do exército e da polícia, os quadros diretivos da burocracia política, os legisladores, os agentes responsáveis pela execução da justiça nos tribunais e outros são exemplos desses agentes sociais;

c) os trabalhadores assalariados que exercem funções as quais, apesar de não serem de direção, requerem uma formação profissional de nível universitário. Neste grupo encontram-se os agentes que detêm o controle técnico dos meios de produção (engenheiros, cientistas, agrônomos, e outros) e aqueles cuja função é servir de veículo transmissor da ideologia dominante (jornalistas, professores, publicitários, e outros);

d) os profissionais autônomos que são portadores de práticas especializadas que lhes permitem vender seu trabalho, ainda que não sua força de trabalho. Pertencem a este grupo agentes tais como os profissionais e técnicos que trabalham por conta própria, como médicos, engenheiros, advogados, dentistas e outros. Estes agentes podem até possuir meios de produção e contratar mão de obra assalariada, mas se diferenciam da burguesia por empregarem menos de cinco pessoas e/ou por terem renda individual inferior a quinze salários mínimos.

A pequena burguesia tradicional é composta pelos agentes sociais que, sem possuir formação universitária, possuem a capacidade de reproduzir-se de maneira independente por disporem de meios de produção próprios. A reprodução desta classe baseia-se na utilização da força de trabalho do grupo familiar. Podem contratar força de trabalho assalariada, mas diferenciam-se dos burgueses por contratarem menos de cinco empregados e/ou por sua renda individual ser inferior a quinze salários mínimos. Geralmente, as unidades de produção e comercialização que pertencem a esta classe operam em uma escala de reprodução simples, que lhes permite apenas recuperar o capital e o trabalho invertidos no processo. Desta forma asseguram, por uma parte, sua continuidade no processo econômico e, por outra, a reprodução de sua força de trabalho e de sua família. Este grupo encontra-se integrado pelos agentes da indústria artesanal, pelos pequenos comerciantes e pelos proprietários independentes do setor serviços.

O proletariado inclui todos os agentes sociais que, estando submetidos a uma relação de exploração, não exercem eles mesmos nem direta nem indiretamente função de exploração. Trata-se de trabalhadores que: 1) não dispõem de meios de produção e de trabalho; 2) vendem sua força de trabalho para poder sobreviver; 3) são objeto da extração de uma proporção do produto de seu trabalho, e 4) não possuem formação de nível superior. De acordo com a natureza e forma concreta como os indivíduos realizam seu trabalho, distinguem-se dois diferentes subconjuntos: a) proletariado típico; e b) proletariado não-típico. No primeiro caso trata-se de trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias (pedreiros, operários, motoristas), enquanto que ao segundo grupo pertencem aqueles assalariados que somente têm relação indireta com a produção (bancários, trabalhadores de escritório, funcionários públicos).

Por último, a classe denominada subproletariado inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtém salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho. A esta classe pertencem:

a) os agentes que possuem simples artefatos ou instrumentos rudimentares para desempenhar seu trabalho. Este setor caracteriza-se por operar com uma produtividade marcadamente inferior à dos padrões vigentes, devendo vender sua escassa produção a preços que não alcançam, em geral, a retribuir o trabalho invertido nem recuperar parte do valor - capital transferido às mercadorias. Este grupo não forma parte da pequena burguesia tradicional, pois carece da solvência necessária para manter sua atividade econômica em uma escala de reprodução simples;

b) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que se inserem em ocupações não assalariadas, predominantemente instáveis, que não exigem

qualificação alguma. Este grupo encontra-se integrado por vendedores ambulantes, trabalhadores em serviços domésticos, engraxates, e outros;

c) os agentes sociais que não possuem meios de produção e que, pela natureza do ofício que desempenham, transitam constantemente entre ocupações por conta própria e ocupações assalariadas não qualificadas, como os serventes da construção e empregados domésticos.

Enquanto que a classificação de Bronfman e Tuiráns inclui tanto as classes e frações agrícolas como não-agrícolas, o presente estudo limitou-se a famílias urbanas, das quais apenas 3,2% dependiam primariamente de agricultura. Estas foram incluídas nas classes ou frações não-agrícolas. Outro aspecto a destacar é a inserção da classe dos trabalhadores na indústria da construção civil, que sofreu alterações em relação ao modelo utilizado no México.

Foram consideradas como não classificáveis 74 famílias (1,4%), pois nos questionários constava apenas que os chefes de família eram pensionistas, estudantes ou donas-de-casa.

ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À PROPOSTA DE BRONFMAN E TUIRÁN*

As modificações realizadas no modelo de Bronfman e Tuiráns são de natureza técnica e não teórico-metodológica, e referem-se, principalmente, a algumas variáveis que não estavam disponíveis, já que a adaptação da classificação original foi feita após a coleta de dados do estudo longitudinal de Pelotas (15, 16). Outras modificações deveram-se às particularidades da formação econômico-social de Pelotas.

Ressalta-se que estas modificações não descaracterizam a proposta daqueles autores, nem introduzem vícios que levem a ambigüidades na descrição de classe da

pessoa de maior renda na família. Ao contrário, o modelo adaptado tem a vantagem de evidenciar que, com um menor número de variáveis, é possível chegar a uma operacionalização mais concisa de classe social, mais facilmente reproduzível e utilizável. Portanto, o presente modelo mantém um alto poder de discriminação de diferenciais, de saúde-doença na população, sem cair em simplificações.

A seguir, estão descritas as alterações realizadas.

1. Em relação às variáveis.

Em Pelotas, não foram consideradas as seguintes variáveis:

- a. para as pessoas que trabalhavam por conta própria: localização e tamanho do estabelecimento, propriedade de máquinas, instrumentos e instalações de trabalho.
- b. para os assalariados: tamanho do estabelecimento e separação entre formação profissional e tipo de posto de trabalho.
- c. para empregadores: nível de responsabilidade na função, tipo de ocupação e propriedade de estabelecimento, maquinaria e instrumentos.

2. Em relação às características da formação econômico-social. Em Pelotas, foi criado um fluxo específico para classificar os trabalhadores na construção civil. Isto ocorreu em função das características da indústria da construção civil em nosso meio, onde há uma alta rotatividade de mão-de-obra entre os serventes, que tanto podem trabalhar na construção como em outros setores de atividade, dependendo das oscilações do mercado. Por isso os serventes foram classificados como subproletários. Já os oficiais (pedreiros, azulejistas, encanadores, parqueteiros, mestres-de-obras, e outros) são profissionais bastante disputados no mercado, geralmente encontrando-se em atividade durante todos os meses do ano, pois quando não estão empregados em obras de maior porte, trabalham em reformas ou em pequenas obras. Em função disso, foram classificados como proletários típicos.

No México, esses trabalhadores foram agrupados juntamente com outros assalariados na indústria, sendo classificados como proletários típicos.

Além disso, em Pelotas não foi utilizado um esquema exclusivo para o setor agrícola, por este apresentar um número inexpressivo, que não justificava sua classificação em separado. Os assalariados agrícolas foram incluídos no proletariado típico, pois, nessa região, as relações sociais de produção no campo são tipicamente capitalistas. Os pequenos proprietários agrícolas foram incluídos na pequena burguesia tradicional, e os grandes proprietários na burguesia. Na classificação utilizada no México, há um quadro específico para as classes sociais agrícolas.

3. Em relação aos critérios de adscrição de classe.

a. Para os assalariados, no México, a distinção entre nova pequena burguesia e proletariado (típico e não típico) é feita com base na responsabilidade no serviço (alta/baixa), enquanto que em Pelotas considera-se a formação (universitária/não-universitária) e o tipo de função exercida (diretiva/não-diretiva).

b. Para os empregadores, em Pelotas, a distinção entre burguesia, nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional leva em conta apenas três variáveis (renda do chefe de família, número de empregados e formação). Ao passo que no México, a primeira variável não foi considerada, sendo usadas além das duas últimas, outras que não eram disponíveis em nossos dados.

4. Em relação à denominação das classes resultantes. "Subproletariados" foi a denominação utilizada para o que foi chamado no México de "força de trabalho livre não-assalariada".

Em Pelotas, no "proletariado típico" está agrupado o proletariado típico tanto de estabelecimentos maiores quanto de estabelecimentos menores.

DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA PRESENTE CLASSIFICAÇÃO

1. Estabelecimento. Foi definido como a existência de área construída que se destina exclusivamente ao exercício da atividade, podendo ser na residência ou não. Por exemplo, um armazém ou uma oficina mecânica que ocupam uma dependência da residência são considerados como estabelecimentos. Por outro lado, doceiras que utilizam a cozinha da residência ou costureiras que têm seus instrumentos de trabalho em dependências também utilizadas para outros fins, são classificadas como sem estabelecimento. Além disso, os veículos automotores usados para o exercício profissional, como táxis e caminhões de transporte de mercadorias, também são considerados estabelecimentos.

2. Conhecimento de ofício. A diferenciação entre indivíduos com e sem conhecimento de ofício foi feita tendo como base o tipo de ocupação. São incluídas aquelas que exigem anos de experiência, cujo aprendizado requer muito tempo, ou então cursos técnicos de nível médio. Como exemplo de ocupações que exigem conhecimento de ofício podemos citar eletro-técnicos, marceneiros e azulejistas. Exemplos de ocupações sem conhecimento de ofício seriam peões da construção civil, trabalhadores na limpeza de vias públicas, ascensoristas, e outros.

3. Indivíduos com formação universitária. São aqueles que possuem curso universitário completo e exercem funções relacionadas com sua área de conhecimento. Por exemplo, um engenheiro civil, que seja proprietário de um armazém ou cuja ocupação principal seja a de representação comercial, não será enquadrado nesta definição.

ANEXO III

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO DE RETRAÇÃO PROLONGADA DA CRIANÇA PEQUENA

Cada item está ao lado de um número de 0 a 4. As indicações são fornecidas somente a título de indicação, em casos em que haja dúvidas entre dois valores da escala:

0: normal

1: Dúvida sobre o caráter patológico

2: Sinal patológico mais discreto

3: Evidente para todos observadores

4: Intenso

A escala é melhor preenchida pelo próprio observador, com base em suas próprias observações logo após a consulta. Avaliam-se os comportamentos espontâneos, após a reação aos estímulos (sorriso, voz, gestos, toques, etc.) e a evolução das reações no decorrer do exame. O valor corresponde à reação mais significativa durante toda a observação.

1. Expressão facial: avaliação da redução da expressividade facial:

0: a face é, espontaneamente, móvel, expressiva, animada por frequentes mudanças de expressão

1: face móvel, expressiva mas sem mudanças frequentes de expressão

2: pouca mobilidade facial espontânea

3: face imóvel, triste

4: face imóvel, fria, ausente ou tendo um ar de envelhecimento prematuro

2. Contato visual: avaliação da redução do contato visual:

0: contato visual espontâneo, fácil e prolongado

1: contato visual espontâneo, porém breve

2: contato visual possível, mas somente quando provocado

3: contato visual fugaz, vago, fugidio

4: recusa total do contato visual

3. Atividade corporal: avaliação da redução da atividade da cabeça, torso e membros sem considerar-se a atividade de mãos e dedos

0: movimentos frequentes e espontâneos do torso, cabeça e membros

1: atividade geral espontânea ligeiramente reduzida

2: pouca ou quase nenhuma atividade espontânea

3: atividade falha na resposta aos estímulos

4: imóvel e congelada, independentemente dos estímulos

4. Gestos de auto-estimulação: avaliação da frequência com a qual a criança brinca com seu próprio corpo (dedos, mãos, cabelos, sucção do polegar, fricções repetidas, etc.) de maneira automática e sem prazer, em comparação com a atividade geral:

0: ausência de auto-estimulação, a atividade de auto-exploração é ligada harmoniosamente com o nível de atividade geral

1: auto-estimulação não identificável com certeza

2: auto-estimulação pouco frequente, porém evidente

3: auto-estimulação frequente

4: auto-estimulação constante

5. Vocalizações: avaliação da redução das vocalizações traduzindo o prazer (gargalhadas, risos, lalação, balbucios, gritos agudos de prazer, etc.)

0: vocalizações positivas espontâneas frequentes, alegres, moduladas; gritos ou choros breves em resposta a uma sensação desagradável

1: vocalizações espontâneas breves; gritos ou choro intermitente

2: choro quase que constante

3: vocalizações de desprazer raras e breves, somente em resposta a um estímulo

4: nenhuma vocalização

6. Vivacidade das reações aos estímulos: Avaliação da redução da vivacidade da reação à estimulação agradável ou desagradável, no decorrer do exame (sorriso, voz, toque):

0: reação adaptada, viva e rápida

1: reação ligeiramente retardada

2: reação marcadamente retardada

3: reação muito lentificada, mesmo com estimulação desagradável

4: ausência total de reação

7. Relação: avaliação da redação da criança ao iniciar a relação com o observador, médico ou qualquer pessoa apresentada, exceção feita àquela que lhe cuida. A relação é avaliada pelo comportamento, contato visual, reação aos estímulos e a reação ao fim da sequência.

0: a relação é rápida e marcadamente estabelecida (após uma eventual fase de ansiedade), equilibrada e evolutiva

1: relação identificável, frequentemente positiva mas não acentuada

2: relação pouco acentuada, retardada, às vezes negativa e não evolutiva

3: dúvida sobre a existência de uma relação

4: ausência de relação identificável

8. Atratividade: avaliação da impressão geral que o contato com a criança fornece:

0: a criança atrai a atenção sobre si de forma ativa, inspirando sentimentos de interesse e prazer

1: inspira interesse, porém não sentimento de prazer

2: não inspira interesse sobre si

3: contato desagradável, com impressão de ser mantido a distância

4: contato ausente, impressão de ser uma criança inatingível

TOTAL:

ANEXO IV

Apgar: o primeiro teste do nenê

O teste de Apgar, desenvolvido em 1953 por uma anestesista com nome, Virgínia Apgar, permite avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido, através da análise de seus batimentos cardíacos, reflexos, do tônus muscular, da cor da pele e respiração. Os exames são realizados como rotina, ainda na sala de parto, no primeiro e quinto minutos de vida. Conforme a necessidade, podem ser repetidos aos dez minutos. Em cada item pesquisado, seu filho recebe notas de zero a dois, podendo chegar ao máximo de 10.

Documento_obrigatório

Pela lei, os pais devem ter acesso ao teste de Apgar de seus filhos. O médico registra a pontuação, com o significado de cada nota, em um documento que é entregue à família, quando o bebê deixa o hospital.

Nota máxima, nota mínima

Cerca de 90% dos bebês atingem notas entre 8 e 10, o que significa ótimas condições de saúde. De sete a oito, sinaliza uma leve dificuldade; de quatro a seis, dificuldade moderada e, entre zero e três, dificuldade grave, exigindo a pronta intervenção do pediatra.

Atenção!

O resultado do primeiro teste (ao nascer) mostra o diagnóstico da situação naquele momento. Assim, começar com uma nota baixa não é tão determinante, se o médico

agir com rapidez e conseguir maior pontuação neste segundo exame.

Contando os pontos

Frequência cardíaca

A análise do ritmo e da intensidade dos batimentos determina se o coração está funcionando bem.

- Sem batimentos: 0 pontos
- Abaixo de 100 batimentos por minuto: 1 ponto
- Acima de 100 batimentos por minuto: 2 pontos

Esforço respiratório

É medido pela observação dos movimentos – para cima e para baixo – do tórax.

- Sem movimentos respiratórios: 0 pontos
- Poucos movimentos e/ou irregulares: 1 ponto
- Movimentos regulares e vigorosos: 2 pontos

Tônus muscular

Através dos movimentos de pernas e braços, é possível avaliar a tonicidade da musculatura.

- Flácido (atividade fraca ou nula): 0 pontos
- Flexão de braços e pernas: 1 ponto
- Muita atividade: 2 pontos

Irritabilidade reflexa

Ao ser aspirado, para desobstruir suas vias respiratórias, ele faz caretas, e se irrita, quando o médico pressiona a sola do pezinho. Nota máxima para ele; os reflexos estão ótimos.

- Sem reação a estímulos: 0 pontos
- Faz caretas: 1 ponto
- Chora: 2 pontos

Cor da pele

Permite verificar o nível de oxigenação. Ideal é que a pele tenha tonalidade rosada.

Arroxeadas ou pálidas significam que algo não vai bem.

- Cianótico (azul ou pálido): 0 pontos
- Corpo rosado e mãos e pés cianóticos (azulados): 1 ponto
- Corado: 2 pontos

Atenção!

Como o estresse do nascimento, principalmente em partos mais complicados, influi no resultado do teste, o médico costuma registrar na ficha de acompanhamento da criança, apenas as notas da segunda e da terceira etapas.

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa está sendo realizada por Renata Runavicius Toledo, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP), sob orientação e supervisão do Professor Francisco Baptista Assumpção Junior.

O objetivo da pesquisa é verificar a influência do estado afetivo da mãe no desenvolvimento do bebê na cidade de São Paulo – SP.

A participação na pesquisa é absolutamente voluntária, sendo que qualquer participante pode decidir por se retirar dela a qualquer momento, não acarretando qualquer consequência, penalização ou prejuízos. É garantido a todos os participantes absoluto sigilo quanto à suas identidades

Muito provavelmente os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados em futuras publicações científicas ficando garantido também, nesses casos, o mais absoluto sigilo quanto à identidade dos participantes.

Os participantes podem pedir esclarecimentos à pesquisadora em qualquer momento da pesquisa, podendo inclusive pedir esclarecimento em momentos posteriores à sua aplicação. Para isso deixamos disponível um endereço para contato.

Tendo ciência disso, eu, _____
_____ dou meu consentimento livre e esclarecido à:

() Minha participação na presente pesquisa e à utilização dos dados obtidos em futuras publicações científicas.

() Participação de meu (minha) filho (a) _____
_____ na presente pesquisa e à utilização dos dados obtidos em futuras publicações científicas.

_____, _____ de _____ de 200__

(assinatura)

Endereço para contato:

Pesquisador Coordenador: Francisco Baptista Assumpção Júnior

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Av. Professor Mello Moraes, 1721 Bl G – sala 22. Cidade Universitária, São Paulo – SP

Email: ceph.ip@usp.br

ANEXO VI

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPH-IP

Of.106-CEPH-IP - 08/10/2009

Senhor Professor,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) em reunião de 05.10.2009 aprovou, conforme parecer anexo, o Projeto de Pesquisa nº 2007.010, intitulado: "Alterações de desenvolvimento em crianças filhos de mães depressivas", a ser desenvolvido por sua orientanda Renata Runavicius Toledo, nível Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Ana Maria de Barros Aguirre
Coordenadora do CEPH-IP

Ilmo. Sr.

Prof. Francisco Baptista Assumpção Junior
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CEPH - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Registro CEPH no. 2007.010

Título do Projeto: Alterações de desenvolvimento em crianças filhos de mães depressivas

Pesquisador: Renata Runavicius Toledo

Orientador: Francisco Baptista Assumpção Junior

Departamento / Área de concentração: Psicologia Clínica

PARECER

O projeto atenderá crianças e jovens na idade de 10 a 20 anos e será desenvolvido na Casa do Adolescente, vinculada ao Programa Saúde do Adolescente, da Secretaria de Estado da Saúde.

O objetivo da pesquisa é saber se mães deprimidas durante a gestação alteram o desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida. Para isso serão comparados dois grupos de mães, portadoras e não-portadoras de depressão.

Serão acompanhadas 40 díades mãe-bebê, do sétimo mês de gestação até o sexto mês de vida do bebê. Serão convidadas a participar do estudo pela equipe de saúde do local da pesquisa. Haverá 3 encontros com cada mãe.

Os instrumentos utilizados com as mães serão a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, para triar as mães portadoras ou não de depressão e a Escala de Avaliação de Classe Social-Pelotas. Os bebês serão avaliados com o Índice Apgar e a Escala de Avaliação da Reação de Retração Prolongada da Criança Pequena, no momento do nascimento e aos 6 meses de idade. Cópias dos instrumentos estão anexadas ao final do projeto.

As mães- com depressão receberão acompanhamento psicológico na própria instituição.

A Pesquisadora enviou documento com todas as modificações sugeridas anteriormente pelo CEPH, juntamente com cópia do projeto reformulado. O projeto é considerado aprovado.