FLAVIA OLIVEIRA ARANTE

**Associação entre depressão puerperal
e confiança materna em mulheres com histórico
de depressão na gravidez**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de
2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2017

FLAVIA OLIVEIRA ARANTE

**Associação entre depressão puerperal
e confiança materna em mulheres com histórico
de depressão na gravidez**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

**São Paulo
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Arante, Flavia Oliveira

Associação entre depressão puerperal e confiança materna em mulheres com histórico de depressão na gravidez / Flavia Oliveira Arante. -- São Paulo, 2017.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Alexandre Faisal Cury.

Descritores: 1.Depressão 2.Comportamento materno 3.Cuidado do lactente
4.Cuidado pós-natal 5.Relações mãe-filho 6.Depressão pós parto

NORMATIZAÇÃO ADOPTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (ABNT).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

À minha família que me ensinou o que é amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Alexandre Faisal Cury pelos ensinamentos, incentivo e pela confiança em mim depositada.

A professora Alicia Matijasevich pelas orientações e sugestões que enriqueceram este trabalho.

A professora Renata Bertazzy Levy pela grande contribuição intelectual e orientações.

A todas as mães que nos permitiram a entrada em suas casas, aceitaram responder os testes e contribuíram fundamentalmente para esta pesquisa.

A todos os professores e colegas que contribuíram para minha formação e me estimularam a continuar estudando.

A Lilian Prado pela paciência, disponibilidade e ajuda. Sem ela estaria perdida em meio aos caminhos burocráticos.

Aos meus pais, Walter e Jeane, minhas bases e porto seguro, por tanto amor, por tudo o que sou, por cada oração, por terem me proporcionado educação e amor pelos estudos, e, apesar das inúmeras dificuldades, por serem meus exemplos e por sempre me estimularem a continuar.

Aos meus irmãos, Guilherme e Beatriz, por serem meus melhores amigos e me mostrar que somos ligados além dessa vida.

A Vanessa Guarino pelas trocas e companheirismo durante este difícil percurso e à Leannru Guilherme Pires Reis Sussmann pelas grandes contribuições intelectuais, parceria e orientação durante esse longo caminho.

Ao Cleber Liberal de Oliveira, meu marido, por aceitar minha falta de tempo e ansiedade, pela companhia, pela força, pelo carinho, respeito, compreensão e tantas outras inúmeras qualidades que me proporciona.

E ao meu filho, Theo Oliveira Arante Liberal, que simplesmente me ensinou o significado de mãe e amor, impossível de descrever em palavras.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	
Lista de Gráficos	
Lista de Figuras	
Resumo	
Abstract	

1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Confiança materna.....	4
2.2 Confiança Materna e Fatores Associados	6
2.2.1 Fatores associados.....	6
2.2.2 Depressão	7
2.2.2.1 Depressão Pós-Parto	8
2.3 Depressão materna e confiança materna.....	12
3 OBJETIVO.....	16
3.1 Objetivo.....	16
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Desenho.....	18
4.2 Amostra	18
4.2.1 Fluxograma das participantes	19
4.3 Instrumentos	20
4.3.1 Desfecho principal – Confiança Materna Baixa (CMB).....	20
4.3.3 Variáveis Sócio-Demográficas e Características Maternas.....	22
4. 6 Aspectos éticos	25
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO.....	36
9 CONCLUSÃO	42
10 ANEXOS.....	44
10.1 Anexo 1 - Questionário sócio demográfico, socioeconômico, antecedentes obstétricos	44
10.2 Anexo 2 - PHQ9	52
10.3 Anexo 3 - Questionário Confiança Parental (MCQ. Adaptação de Nazaré, Figueredo et al., 2011a).....	53

10.4 Anexo 4 - TCLE	54
11 REFERÊNCIAS	59
12 APÊNDICES	67
12.1 Apêndice A - PMD	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização das variáveis explicativas	23
Tabela 2 - Comparação entre puérperas elegíveis, participantes e não participantes, segundo a randomização no estudo PROGRAVIDA	27
Tabela 3 - Caracterização das participantes	28
Tabela 4 Distribuição dos valores de escore com N de cada item	29
Tabela 5 Distribuição dos escores dos fatores do Questionário de Confiança materna	29
Tabela 6 - Análise Univariada entre CMB e variáveis explicativas (número e porcentagem de casos de CMB, Razão de Prevalência, Intervalo de Confiança de 95% e nível de significância)	31
Tabela 7 - Análise multivariada entre DPP e CMB segundo três modelos de ajuste	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das Razões de Prevalências e Intervalos de Confiança de 95% entre CMB e variáveis explicativas (análise univariada)	32
Gráfico 2 - Distribuição das Razões de Prevalências e Intervalos de Confiança de 95% entre CMB e variáveis explicativas (análise multivariada).....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das participantes da amostra	20
---	----

Lista de Abreviaturas

ASF	Associação de Saúde da Família
CMB	Confiança Materna Baixa
DPP	Depressão Pós-Parto
IC	Intervalo de Confiança
MCQ	Maternal Confidence Questionnaire
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PMD	Programa de Manejo da Depressão
RP	Razão de Prevalências
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Arante FO. *Associação entre depressão puerperal e confiança materna em mulheres com histórico de depressão na gravidez* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017

INTRODUÇÃO: As mães deprimidas apresentam redução do contato afetivo e dificuldade em expressar sentimentos positivos pelo bebê. O objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre depressão pós-parto (DPP) e confiança materna baixa (CMB) em mulheres com histórico de depressão na gravidez prévia. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, realizado entre junho de 2013 a maio de 2015, a partir de dados coletados entre 6 e 9 meses após o parto de 344 puérperas que já haviam participado de ensaio de comunidade (PROGRAVIDA). A Confiança Materna foi avaliada por meio do Questionário de Confiança Parental (MCQ) e as informações sócio-demográficas, socioeconômicas e de saúde das participantes foram avaliadas por meio de questionário estruturado. A DPP foi avaliada por meio do "Patient Health Questionnaire" (PHQ-9). A razão de prevalência (RP), não ajustada e ajustada, e o IC 95% foram calculados usando regressão de Poisson com variância robusta. Foram usados 3 modelos: no modelo bruto (modelo 1) foi estimada a RP entre DPP e CMB levando em conta a randomização das participantes no ensaio de comunidade. No modelo multivariado foram estimadas as RP entre DPP e CMB ajustadas por variáveis sócio-demográficas (escolaridade, renda familiar mensal em tercís, etnia e estado civil) (modelo 2) e por características maternas (idade materna, número de filhos e gravidez planejada (modelo 3). A análise estatística foi realizada com uso do programa STATA 12 e o nível de significância estatística foi considerado igual ou inferior a 5%. **RESULTADOS:** Na análise univariada, a prevalência de CMB em mulheres com depressão moderada/grave é 36% maior na comparação com mulheres sem depressão. Mulheres com 3 ou mais filhos apresentaram menor prevalência de CMB na comparação com mulheres com apenas 1 filho (RP: 0,76, IC 95% 0,58:0,99). Na análise multivariada, a associação entre CMB e DPP na forma moderada/grave se manteve após ajustes para possíveis variáveis confundidoras (socioeconômicas e características maternas). A estimativa da associação bruta entre CMB e depressão moderada/grave não se modificou significativamente após ajustes, mostrando que puérperas com depressão moderada/grave apresentaram aumento do risco de CMB de 42% (RP 1,42, IC95% 1,14:1,77). **DISCUSSÃO:** No presente estudo, as mulheres com sintomas depressivos moderados/graves apresentaram aumento no risco de CMB em comparação com mulheres sem sintomas depressivos. Por outro lado, CMB não se associou com DPP na forma leve. Esses resultados corroboram evidências da literatura que afirmam que a DPP pode perturbar a expressão da confiança e as práticas de cuidado materna. Os resultados reforçam a importância da avaliação do sentimento de confiança materna no

primeiro ano de vida da criança, particularmente nas mulheres com formas mais graves de depressão.

Descritores: Depressão; Comportamento materno; Cuidado do lactente; Cuidado pós-natal; Relações mãe-filho; Depressão pós-parto.

ABSTRACT

Arante FO. Association of puerperal depression and maternal confidence in women with a history of depression during pregnancy [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017,

INTRODUCTION: Depressed mothers show reduced affective contact and difficulty in expressing positive feelings towards the baby. The objective of the present study is to evaluate the association of postpartum depression (PPD) and low maternal confidence (LMC) in women with a history of depression in the past pregnancy. **METHODOLOGY:** Transversal study, performed from June 2013 to May 2015, through data collected from the sixth to the ninth month after labor, from 344 puerperal women who had participated in a community trial (PROGRAVIDA). Maternal Confidence was assessed through the Maternal Confidence Questionnaire (MCQ) while socio-demographic, socioeconomic and health information on the participants was collected via structured questionnaire. PPD was evaluated through the "Patient Health Questionnaire" (PHQ-9). The prevalence ratio (PR), adjusted and non-adjusted, and the 95% CI were calculated using Poisson regression with robust variance. Three models were used: in the gross model (model 1), the PR between PPD and LMC was estimated, taking into account the randomization of participants in the community trial. The multivariate models estimated the PR between PPD and LMC adjusted for socio-demographic variables (education, monthly family income in tertiles, ethnicity and marital status) (model 2) and for maternal characteristics (mother's age, number of children and planned pregnancy) (model 3). The statistical analysis was performed with the STATA 12 software and the significance level was considered equal or lower than 5%. **RESULTS:** In the univariate analysis, the prevalence of LMC in women with moderate/severe depression was 35% higher in comparison to women without depression. Women with three or more children presented a lower prevalence of LMC in comparison to women with only one child (PR: 0.76, CI 95% 0.58:0.99). In the multivariate analysis, the association between LMC and PPD in its moderate/severe form remained after adjustment for possible confounding variables (socioeconomic variables and maternal characteristics). The estimation of the gross association between LMC and moderate/severe depression did not significantly change after the adjustments, evidencing that puerperal women with moderate/severe depression presented an increase of 42% in the risk of LMC (PR 1.42, IC 95% 1.14:1.77). **DISCUSSION:** In the present study, women with moderate/severe depressive symptoms showed increased risk of LMC in comparison to women without depressive symptoms. On the other hand, LMC was not associated to PDD in its minor form. These results corroborate evidence in the literature which state that PPD can disturb the expression of confidence and maternal care

practices. The results reinforce the importance of the evaluation of maternal trust feeling in the first year of the child's life, particularly for women with more severe forms of depression.

Descriptors: Depression Maternal behavior. Infant care. Postnatal care. Mother-child relation. Depression, Postpartum

1 INTRODUÇÃO

Conforme Strapasson e Nedel (2010), o puerpério pode ser definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término deste processo de parto. Na medida em que se relaciona com o processo de amamentação. Neste período, segundo relata Strapasson e Nedel (2010), a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais.

Ainda com base em Strapasson e Nedel (2010), o pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio; medo e ansiedade, experiência do parto e nascimento do filho saudável aumentando a autoconfiança; desconforto físico inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar, ansiedade quando o leite demora a aparecer e ingurgitamento das mamas; sentimentos de decepção com o filho pelo sexo ou aparência física; medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e não ser uma boa mãe/mulher.

O desenvolvimento humano ocorre dentro de um contexto social (Bolwby, 1989). Os bebês parecem ser pré-programados a se desenvolverem de uma forma socialmente cooperativa. Corroborando com esse ponto de vista, alguns autores descrevem que o homem sobrevive em grupos, e essa é uma característica inerente à condição humana. Assim, a necessidade mais básica da criança é de uma figura materna para alimentá-la, protegê-la e ensiná-la (Pontes et al., 2007; Rutter, 1989; Bolwby, 1984, Brum & Schermann, 2004).

Parentalidade refere-se a tudo o que os pais fazem para cuidar dos seus filhos, e objetiva permitir que a criança se torne competente e capaz de funcionar bem na sociedade (Bradley et al, 1999). De acordo com Rutter (1989), entende-se por comportamento e cuidado parental o conjunto de

cuidados prestados à criança. Isso inclui proporcionar ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interações sociais, pedidos e comportamentos destrutivos, bem como ajudar nas dificuldades interpessoais. O cuidado faz parte da existência do ser humano, que para crescer e se desenvolver de forma saudável necessita ser amparado ao longo de todas as etapas do ciclo vital. No entanto, a forma de cuidar é afetada pelos ambientes físico, emocional, cultural e pela estrutura social a qual o indivíduo pertence (Zanatta, 2006, Reck et al, 2012, Brum & Schermann, 2004).

O estabelecimento de laços entre os pais e o bebê favorece seu desenvolvimento afetivo e cognitivo, mas, ao mesmo tempo, propicia aos pais o sentimento de serem "suficientemente bons", especificamente para aquele bebê. Diversos autores ressaltam a dimensão simbólica do acesso à parentalidade, sugerindo que o nascimento de um filho transforma definitivamente o psiquismo de cada um dos pais (Stern, 1997; Batista & Batista, 2006). Stern (1997) indica que o nascimento de um filho provoca neoformação psíquica nos pais, sugerindo que a inclusão do bebê no psiquismo parental produz mudanças profundas e irreversíveis.

Essas mudanças ocorrem não só em função das projeções e representações parentais sobre o bebê, mas da mudança que a presença real do bebê provoca nas interações entre ele e seus pais. O nascimento de um filho implica dupla dimensão: para que um bebê sobreviva física e psiquicamente, é necessário inscrevê-lo numa história familiar e transgeracional (Zahr, 1993; Batista & Batista, 2006). No entanto, a dimensão ascendente da transmissão (filhos-pais) é igualmente fundamental, pois só o reconhecimento do filho em sua diferença permite aos pais construir uma relação com a marca do novo e da criatividade, indo além de uma repetição do passado e permitindo que o bebê se aproprie das marcas e inscrições de sua história relacional inicial (Zahr, 1993).

O sentimento de confiança parental é central na relação mãe/pai-criança. Assim, as pessoas que se sentem mais competentes na prestação de cuidados aos seus filhos tendem a se sentir mais realizadas e gratificadas

pela tarefa, enquanto, inversamente, baixos níveis de confiança parental podem afetar negativamente a experiência de parentalidade e a capacidade das pessoas para tomarem conta dos seus bebês (Kuo; Chen; Lin; Lee & Hsu, 2009). A confiança parental é vista como essencial à adaptação saudável ao papel parental (Zahr, 1993).

1.1 Confiança materna

Erikson (1998) aborda a grande importância do cuidado e vínculo nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento da criança. Esse mesmo autor, ainda diz que o surgimento gradativo de senso de identidade e desenvolvimento psicossocial humano acontece dentro de 8 estágios¹ ou fases psicossociais onde o indivíduo vai construindo sua confiança através da relação com o cuidador, pessoas próximas e ambiente. O primeiro dos oito¹ estágios apresenta uma crise na confiança básica *versus* desconfiança. O autor expõe que nesse estágio o comportamento do principal provedor de cuidados (comumente, a mãe) é fundamental para o estabelecimento, pela criança, de senso de confiança básica. Se as expectativas entre mãe (percebida pelo bebê como ser supremo) e bebê, forem alcançadas positivamente, a confiança entre ambos é estabelecida; se, por algum motivo, ocorre uma ruptura das expectativas, o desfecho é negativo-desconfiança e insegurança. Para que esta tarefa ocorra adequadamente, o genitor precisa amar com consistência e reagir de maneira previsível e confiante com a criança.

Seja qual for o caso, a criança carrega esse aspecto de identidade básica ao longo de seu desenvolvimento, influenciando a solução das tarefas contidas nos estágios posteriores a seu desenvolvimento (Edward & Sarwark, 2005). A confiança parental corresponde à avaliação que os

¹ A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial ou do Desenvolvimento humano desenvolvida por Erikson (1998) possui os seguintes estágios ou fases: 1 –Confiança básica *versus* desconfiança; 2- Autonomia *versus* vergonha e dúvida ; 3-Iniciativa *versus* culpa; 4- Diligência *versus* inferioridade; 5- Identidade *versus* confusão de identidade; 6- Intimidade *versus* Isolamento; 7- Generatividade *versus* Estagnação; 8- Integridade *versus* Desespero

progenitores fazem acerca da sua capacidade para prestar cuidados e compreender o seu bebê (Zahr, 1993).

Segundo Zahr (1993), a confiança materna corresponde à vertente afetiva do processo de concretização do papel parental, ou seja, aos sentimentos subjetivos que a pessoa tem acerca da sua aptidão para assumir as responsabilidades parentais, porém do ponto de vista da mãe. Este processo, que conduz à experiência de competência no desempenho do papel materno, integra ainda o componente comportamental, isto é, a capacidade real demonstrada pela pessoa, através das suas ações, para assumir eficazmente a prestação de cuidados aos seus filhos (Nazaré et al., 2011b).

Diversas teorias psicológicas afirmam que a natureza das experiências com os cuidadores durante a infância exerce influência no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Bowlby, 1989; Klaus, 2000; Stern, 2007). Vez que em nossa sociedade, em geral, é a mãe a principal cuidadora do (a) filho(a), uma mãe competente pode ser fonte rica de estímulos, podendo desencadear respostas adequadas da criança (Bowlby, 1989). Bowlby (1984) afirma que a competência/confiança materna é resultante de uma rede de apoio à mãe, satisfação marital, saúde física e mental da mãe e características da criança, que, interligados, tornam-se exemplo claro da complexa interação de fatores ambientais e biológicos na determinação do desenvolvimento infantil.

A confiança materna é um dos fatores a intermediar o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. A falta de confiança materna para cuidar do bebê pode estar na origem da dificuldade do estabelecimento das relações mães-filhos e da qualidade do apego.

Um apego saudável entre mãe e filho é caracterizado pelas preocupações e ações confiantes da mãe relacionadas aos cuidados de saúde e bem-estar do bebê e os laços afetivos que ela desenvolve neste vínculo, desde o nascimento da criança (Figueiredo et al., 2009, Kraus & Kennel, 1976, Cranley, 1981). Para Bowlby (1984, 1989), do ponto de vista materno, o apego é resultante dos vínculos que são estabelecidos entre as

mães e seus filhos em um ambiente confortável, com, carinho e proteção, ou seja, de um cuidado seguro. Nos primeiros anos de vida, a reciprocidade das mães para responder às necessidades da criança e a qualidade da interação favorecem o desenvolvimento de um senso de segurança, uma noção de bem-estar e confiança que será utilizada como base para o conhecimento e exploração do ambiente. (Bowlby, 1989; Balbierz et al., 2015, Vieira, et al, 2009).

Pode-se hipotetizar que indivíduos com sintomas depressivos e/ou diagnóstico de depressão tendem a apresentar menor nível de confiança em suas próprias capacidades, inclusive na relação com sua prole, e que esse fator venha a comprometer o tipo de apego estabelecido. A revisão de literatura de Muzik & Borovska (2010) apontou que, se os sintomas depressivos da mãe perdurarem no pós-parto, poderá ocorrer prejuízo no desenvolvimento emocional materno e comprometimento do apego entre a mãe e o bebê, resultando em comportamento materno menos confiante. Nesse sentido, a avaliação do nível de confiança materna é fundamental na compreensão e análise da relação mãe-bebê (Nazaré, 2011a).

2.2 Confiança Materna e Fatores Associados

2.2.1 Fatores Associados

A confiança parental é resultado da influência de características de ambos os membros da díade: as parentais - como a idade, a paridade, a escolaridade, estado civil, - e as do bebê - como o seu temperamento, a existência de problemas médicos e o seu peso ao nascer, se a gravidez foi planejada (Oswalt & Biasin, 2012; Russell, 2006; Zahr, 1993, Stowe & Nemeroff, 1995, Vieira, et al, 2009). Nesse sentido, a confiança parental também recebe influência na interação entre os progenitores e o bebê, estando associada aos níveis de estresse parental, renda, aos estilos educativos parentais (Nazaré; Fonseca & Canavarro, 2013; Oswalt & Biasini, 2012, Reck et al, 2012 Balbierz et al., 2015). Outra variável associada à CM é a saúde mental materna, onde se destacam o histórico pregresso e atual

(se já apresentou ou apresenta transtornos de humor, depressão, psicoses, esquizofrenia, etc).

2.2.2 Depressão

Os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo mundo. Nesse contexto, transtornos depressivos assumem a quarta posição entre os principais determinantes de carga global de doenças e, nos próximos dez anos, pode ocupar o segundo lugar nesse ranking (Thibodeau et al., 2015, Chambers et al, 2015, WHO,2017).

A depressão, um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, é definida como transtorno mental grave, de curso episódico recorrente ou persistente ao longo do tempo, o qual traz prejuízos funcionais nas esferas comportamentais, sociais, familiares e ocupacionais (Hendrick et al, 1998, WHO, 2017). É mais relevante entre mulheres, as quais apresentam risco duas vezes maior que homens em desenvolver essa doença (WHO, 2017, Lopes et al., 2006).

Existe grande divergência de prevalências, variando entre 4% e 17% na população geral, de acordo com Rombaldi et al (2010). Já Silva et al (2014) estimam que a prevalência de depressão no mundo é de 16%, diferentemente de Zanetti & Lafer (2008), que estimam-na em torno de 20%. Mesmo com altas prevalências, menos de 10% dos acometidos pela depressão recebem tratamento adequado para a doença (WHO, 2017).

Segundo Stowe e Nemeroff (1995), os sintomas característicos dessa doença são: humor depressivo, sentimentos de tristeza e pessimismo, indisposição, sintomas físicos (cansaço excessivo, alterações do sono) e disfunções cognitivas (alterações na concentração, raciocínio e memória), associados a retraimento social, crises de choro, tendências suicidas e comprometimento das atividades laborais e lentidão psicomotora.

Conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), classifica-se a gravidade de depressão, a partir do nível de incapacitação causada no

indivíduo. Assim, tem-se como depressão leve, aquela que não incapacita o indivíduo, mas gera sofrimento; depressão moderada, como aquela que afeta funções do indivíduo; e depressão grave, sendo aquela que incapacita social e profissionalmente o indivíduo (Forlenza & Miguel, 2012). Por ser uma doença de desenvolvimento crônico, a maioria dos pacientes que já apresentaram o primeiro episódio depressivo alguma vez na vida, possuem maior tendência a apresentar outros episódios ao longo da vida. Estudos relatam que aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam diagnóstico e tratamento para distúrbio depressivo terão um segundo episódio dessa doença (Horimoto, et al., 2005). No caso das mulheres, muitas mulheres apresentam seu primeiro episódio depressivo durante a gravidez ou puerpério (Stowe & Nemeroff, 1995).

2.2.2.1 Depressão Pós-Parto

A depressão pós-parto (DPP) é um episódio depressivo que ocorre nos primeiros doze meses após o parto e é considerada a complicação médica mais comum entre as mulheres no período reprodutivo e reconhecida como importante condição de causa de morbidade materna (Lobato et al., 2011; WHO, 2017). Destaca-se que metade dos episódios depressivos pós-parto começa antes do parto e, com frequência, são acompanhados de ansiedade grave e até mesmo de ataques de pânico. Ainda, episódios depressivos com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas (APA, 2014).

Dessa forma, a depressão faz com que a mãe não responda adequadamente ao seu bebê, frustrando a expectativa da criança (Moehler et al, 2006, Erikson,1998). Mas como as mães não são deprimidas todo o tempo, nos momentos em que elas são capazes de interagir normalmente com seus bebês, elas criam neles uma expectativa. No entanto, no momento em que elas se retraem novamente, o bebê fica de novo numa situação de insegurança e desesperança, diminuindo sua capacidade de responder aos poucos estímulos maternos. Para os autores, a repetição frequente desse

padrão pode ser uma explicação para o afastamento do olhar do bebê e sua incapacidade ou falta de vontade em ter outros episódios de interação com outras pessoas. Conforme se repete esses episódios, mais a mãe se sente rejeitada e insegura no seu papel materno.

Roncallo, Miguel e Freijo (2015), reconhecem que diversas investigações no campo da saúde identificam o vínculo materno-fetal como um precedente significativo de ligação pós-natal entre mãe e bebê. Isso porque o vínculo primitivo tende a estar associado a aspectos emocionais e recriações cognitivas que permitem que o bebê seja visto como outro ser humano e que seja amado. Esta ligação é expressa por intermédio de práticas em saúde, ações de cuidado, que visam promover bem-estar e proteção ao bebê. Esse comportamento de cuidado e da rotina materna é afetado pelo estado psicológico da mãe. Depressão e outras neuropatias afetam o comportamento materno manifestado no período pós-natal dificultando os cuidados e práticas exercidas pela mãe ao bebê, distanciando o vínculo mãe-filho.

O período de início do puerpério é fator caracterizador da DPP, ainda que seja acompanhada de sintomas particulares, tal como o sentimento de inadequação com o papel materno. Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da DPP, podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (Beck, 1991; Klaus et al., 2000). A DPP pode se estender por período de seis meses a um ano. Em geral, a duração dos episódios de depressão pós-parto é de alguns meses e não difere em relação ao tempo de duração de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1984). No geral, a manifestação clínica é semelhante a das depressões fora do período puerperal (Fonseca et al., 2010; Muller, 2005; Schermann & Spliz, 2007). Pesquisas epidemiológicas em países baixa e baixa-média renda relataram altas prevalências de DPP de 13% no Quênia (Madeghe et al., 2016), 30% no Nepal (Giri et al., 2015) e 15,9% a 26,3% no Brasil (Faisal-Cury et al., 2004; Thema Filha et al., 2016). Alguns estudos realizados no Brasil, na cidade de São Paulo, encontraram prevalência de

32% (Coutinho et al., 2002) e 37,1% (Cruz et al., 2005) de mães apresentando sintomas depressivos.

Portanto, o período imediato ao pós-parto é um momento crítico para a mãe, que se depara com uma criança real, que impõe várias transformações na sua vida. Esse momento é crucial para o estabelecimento da relação entre ambos e da construção de intimidade entre a mãe e o bebê. Para algumas mães, a dificuldade em superar essa situação inicial pode levar à DPP, causando o estabelecimento de uma relação mãe-bebê menos confiante, com manifestações mais negativas das mães durante a rotina de cuidados maternos com o bebê (Strapasson e Nedel, 2010)

De acordo com Teti e Gelfand (1991), que avaliou a confiança materna de mães com e sem DPP e sua relação com seus filhos de 3 a 13 meses, a forma como as mães deprimidas lidam com seus bebês parece ser indecisa, insensível, insegura e confusa, pois podem lhes faltar as habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com sua criança. Segundo os autores, o afeto depressivo parece também afetar os processos cognitivos da mãe através de diminuição do seu campo de atenção. Isto prejudica as suas habilidades para resolver problemas, predispondo esta mãe a déficits no seu papel materno.

O'hara et al (1996) questionam a comparabilidade dos resultados dos estudos sobre prevalência de DPP, em função do uso dos diferentes critérios diagnósticos, tanto de instrumentos como de pontos de cortes. Além das diferenças metodológicas, a presença de fatores ambientais, sócio-culturais, entre outros, que variam entre as amostras podem exercer efeito sobre as prevalências do transtorno. Mesmo com altas prevalências, Evins et al. (2000) demonstraram que, em média, 25% de todos os casos de DPP não são diagnosticados ou recebem qualquer tipo de tratamento. Os fatores causais seriam despreparo das equipes de saúde para a atenção integral aos agravos de saúde mental e à atenção psicossocial, falta de acesso à Atenção Primária à Saúde e Modelo de atenção à saúde intervencionista e

centrado nas manifestações da doença (Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2010).

Alguns dos fatores de risco para o desencadeamento de quadro depressivo no pós-parto são semelhantes aos de uma depressão comum: baixa auto-estima, problemas na situação conjugal e socioeconômica, estresse, episódio depressivo prévio, luto, baixa escolaridade, conflito marital, baixo apoio social, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada de atividade profissional e situação social de solidão, além de gravidez não planejada ou não desejada, fatores biológicos maternos, tal como as modificações hormonais (APA,2014, Beck, 2002, Figueiredo et al., 2009; O'Hara & Swain, 1996; Mendes, 2008; Ruschi et al., 2007; Balbierz et al., 2015 Mazet & Stoleru, 1990; Ritter et al,2000 e Silva et al, 2009). De acordo com a literatura, diversos fatores estão associados à etiologia da DPP (APA,2014, Murray, 1997; Mazet & Stoleru, 1990), sendo comumente citados os fatores relacionados ao bebê, dificuldades para lidar com o bebê devido ao temperamento deste ou a doenças, prematuridade, intercorrências neonatais e má formação congênita.

Sintomas depressivos maternos têm grande impacto negativo na habilidade da mãe em se apegar ao bebê. Para alguns autores, a depressão materna é o mais importante preditor de dificuldades no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho (Figueiredo et al., 2009; Balbierz et al., 2015). Os resultados dos diversos estudos (Murray, 1998; Figueiredo et al., 2009; Kraus & Kennel, 1976, Motta et al., 2005; Teti & Gelfand, 1991, Viera et al, 2009) sugerem que o estabelecimento adequado do vínculo ou apego mãe-bebê desde os primeiros dias do pós-parto são essenciais para o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e, eventualmente, para o próprio bem-estar da mãe, enfatizando a necessidade de medidas preventivas e de suporte materno, principalmente nos casos de depressão pós-parto.

Vários estudos indicam associação clara entre transtornos do humor materno e prejuízo do desenvolvimento cognitivo infantil (Murray, 1997; Figueiredo et al., 2009, Viera et al, 2009, Brum & Schermann, 2004).

Segundo Klaus et al. (2000) existe associação entre DPP e problemas posteriores do desenvolvimento das crianças, incluindo transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos. Os sintomas de depressão (apetite e sono, dificuldade de dormir especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis) interferem em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê. Também podem ocorrer ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa (APA, 2014)

Para alguns autores, as depressões maternas contemporâneas apresentam-se algumas vezes sob formas pouco evidentes (O'Hara, 1997, Mazet & Stoleru, 1990; Balbierz et al., 2015). Atualmente, os quadros são mais difíceis e camuflados, com queixas somáticas, as quais estão relacionadas à pobreza da interação com a família ou companheiro, à ausência ou a pouca harmonização afetiva. Esses autores ainda salientam reforçam que as mães deprimidas são inseguras quanto as suas capacidades maternas, o que leva ao afrouxamento da atenção com a criança e ao desvio do olhar, característico de uma micro rejeição. Já a mãe, sentindo-se rejeitada, suspende a interação, com o objetivo de uma parada momentânea, que visa facilitar o reajustamento do seu comportamento. Com isso, as sequências interativas terminam rapidamente.

2.3 Depressão materna e Confiança Materna

A associação entre Confiança Materna Baixa (CMB) e DPP pode operar nos dois sentidos. Mulheres com menor confiança nas suas capacidades apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos; por outro lado, mulheres deprimidas podem não se sentir capazes de cuidar adequadamente da sua prole. No entanto, existem poucos estudos (Schwenber & Piccinini, 2003; Pires, 1990; Downey & Coyne, 1990; McKim,

Cramer; Stuart & O'Connor, 1999; Rutter, 1990; Panzarine; Slater & Scharps, 1995, Moehler et al, 2006) que avaliaram a associação da confiança parental em mulheres com histórico de depressão no ciclo gravídico-puerperal. Alguns deles mostram que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não deprimidas, enquanto outros estudos mostram que mães deprimidas se definem como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente, relatando menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno que as mães não deprimidas. As mães com sintomas depressivos constituem um grupo particularmente vulnerável (Moehler et al, 2006).

Alguns estudos mostram que conflitos psicológicos que surgem nesse período para a mãe com DPP podem influenciar a interação com os bebês, como o desejo de prover os cuidados adequados à criança e não se sentir apta ou se sentir incapaz de conseguir realizá-los. Apesar da importância reconhecida do suporte social, mães com DPP se ressentem de terem que relegar a terceiros os cuidados com seus bebês. Essas mães têm seu sofrimento aumentado pelo sentimento incapacidade em atender às necessidades dos bebês, às expectativas próprias e de terceiros em relação à maternidade e, ao mesmo tempo, têm que lidar com sentimentos contraditórios, de alívio por receberem ajuda e de culpa, pela sua inadequação e incapacidade (Balbierz et al, 2015, Roncallo, Miguel e Freijo, 2015, Schwenber & Piccinini, 2003)

Um estudo realizado em Nagoya, Japão, com 389 mulheres buscou avaliar a associação entre a DPP e as dificuldades da interação mãe-bebê. As mulheres responderam aos instrumentos (EPDS –Escala de depressão pós-natal de Edinburgh e à Escala de vínculo mãe-bebê) quatro vezes durante a gravidez e no período pós-parto. Dentre os principais resultados, os pesquisadores concluíram que as mulheres deprimidas tendiam a ter prejuízos mais intensos na interação mãe-bebê e nos cuidados com seus filhos, mostrando que quanto maior a presença de sintomas depressivos,

menor a presença de sensibilidade e confiança na rotina materna observada. (Ohoka et al., 2014)

De acordo com 8 estudos encontrados que avaliam e caracterizam a depressão pós-parto e suas consequências na relação entre mãe-bebê, as mães deprimidas apresentam redução do contato afetivo e maior dificuldades de expressar sentimentos positivos pelo bebê. Elas percebem suas crianças como difíceis de lidar e como mais incômodas. Por essa razão, se não adequadamente diagnosticada e tratada, a DPP pode se tornar um fator que dificulta o estabelecimento do apego entre mãe e filho, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança e o seu desenvolvimento saudável (Downey & Coyne, 1990, Schwenber & Piccinini, 2003, Lordelo et al., 2006; Motta et al., 2005; Balbierz et al., 2015., Moehler et al, 2006, O'Hara, 1997, Brum & Schermann, 2004). O diagnóstico precoce da depressão materna representa possibilidade de realização de intervenções multidisciplinares, tão logo os sintomas sejam detectados. Dessa maneira, atuação preventiva dessas equipes poderá proporcionar apoio à nova mãe para enfrentar eventuais episódios de depressão, além de prevenir o estabelecimento de padrão negativo de interação mãe-bebê, reestabelecendo sua confiança e também evitando importantes repercussões negativas no desenvolvimento da criança (Schwengber & Piccinini, 2003).

O presente estudo procura investigar a associação entre DPP e CMB, levando em conta a prevalência e importância destes problemas no nosso meio, a existência de tratamentos efetivos para depressão e a possibilidade de desenvolvimento de intervenções para promover a confiança materna.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo

O objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre depressão pós-parto (DPP) e confiança materna baixa (CMB) em mulheres com histórico de depressão na gravidez prévia, controlando para possíveis variáveis de confusão.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho

Trata-se de análise transversal, realizada no período de 01/06/2013 a 31/05/2015, com dados coletados entre 6 e 9 meses de 506 puérperas que já haviam participado do estudo PROGRAVIDA e foram seguidas longitudinalmente. Os critérios de inclusão do presente estudo foram: participação no PROGRAVIDA, ter um bebê recém-nascido vivo com idade entre 6 e 9 meses quando do início do campo da presente pesquisa e assinar consentimento livre e informado (Scazufca et al., 2014).

4.2 Amostra

Por se tratar de seguimento de mulheres que fizeram parte de ensaio de comunidade durante a gravidez, cabe explicar o estudo (PROGRAVIDA) que deu origem a amostra do presente estudo e cujos resultados estão em vias de publicação. O PROGRAVIDA (Apêndice A) foi um ensaio de comunidade que objetivou avaliar a eficácia de um Programa de Manejo da Depressão (PMD) para 680 gestantes com sintomas depressivos. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes foram alocadas aleatoriamente para que suas equipes recebessem treinamento e supervisão para realizar o PMD nas gestantes que apresentavam sintomas depressivos. Foram constituídos dois grupos: o grupo experimental, que implementou o PMD, e grupo controle, no qual não houve implementação do PMD. Os critérios de inclusão foram: gestantes de 18 anos ou mais que iniciaram o seu pré-natal em até 24 semanas de gestação e que apresentaram sintomas depressivos e foram atendidas no pré-natal por equipes da Estratégia de Saúde da Família da região Norte do município de São Paulo, gerenciadas pela Associação da Saúde da Família (ASF). Foram excluídas as gestantes

que apresentaram planos suicidas (segundo avaliação do estudo), aquelas que se submeteram a tratamento especializado para algum transtorno mental, as gestantes impossibilitadas de responder às avaliações do protocolo de pesquisa (por exemplo, por não falar português) e aquelas que se recusaram a participar. O PROGRÁVIDA foi realizado em parceria com a Associação Saúde da Família (ASF), que conta com 12 UBS que já implantaram a Estratégia da Saúde da Família (descrição da estratégia em Girardi et al, 2013), na área da Coordenadoria de Saúde da Região Norte do município de São Paulo. Foram incluídos cinco bairros: Casa Verde, Brasilândia, Vila Nova Cachoeirinha, Limão e Freguesia do Ó. Os pré-natais seguidos pelas equipes são de baixo risco, sendo que os casos de alto risco são encaminhados para serviços hospitalares de referência.

De acordo com o IBGE (2015) a área do presente estudo abrange população homogênea, no geral, de classe média-baixa e baixa. Muitas famílias vivem em comunidades carentes, com condições de higiene precárias, dificuldades no sistema de transporte público e ambiente potencialmente violento. O sistema público oferece pré-natal e cuidados de puerpério a todas as mulheres da área de abrangência. Os cuidados de saúde nas UBS são feitos por meio de uma equipe multidisciplinar, que conta com médico, enfermeira, agentes de saúde e técnico de enfermagem, visto que os atendimentos ocorrem, frequentemente, nas próprias unidades de saúde, mas também nos domicílios das mulheres.

4.2.1 Fluxograma das participantes

Das 680 gestantes incluídas no ensaio de comunidade PROGRAVIDA, 331 (48.7%) estavam no grupo de intervenção e 349 (51.3%) no grupo de controle; 176 mulheres foram consideradas inelegíveis para o presente estudo, pois tinham dado à luz há mais de 9 meses. Foram consideradas elegíveis 506 puérperas, sendo que 154 (30.4%) não foram localizadas (perdas). Dentre as 352 mulheres que responderam aos questionários, 6

foram excluídas por perda de informações importantes sobre a variável de exposição (depressão) ou de desfecho (confiança materna). Assim foram incluídas 344 mulheres, sendo que, em relação ao grupo de randomização no ensaio de comunidade, 163 delas (46,5%) eram oriundas do grupo intervenção e 181 (53,5%) eram do grupo controle.

Fluxograma das participantes

Exclusões: * número de mulheres inelegíveis por terem crianças > 9 meses;
Perdas: **número de mulheres não localizadas por contato telefônico, ***recusas, e ****número de mulheres excluídas por perdas de informações.

Figura 1 - Fluxograma das participantes da amostra

4.3 Instrumentos

4.3.1 Desfecho principal – Confiança Materna Baixa (CMB)

O desfecho principal é Confiança Materna Baixa (CMB), avaliada entre 6 e 9 meses do puerpério, por meio do Questionário de Confiança Parental (Maternal Confidence Questionnaire), que possui grande importância na literatura (Zahr, 1993; Badr, 2005; Olafsen et al., 2007).

A versão portuguesa do MCQ é composta por 13 (treze) itens com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (de nunca a sempre) (Anexo 1). Apresenta uma versão para o português elaborada por Nazaré et al. (2011a), que encontraram boa consistência interna (*alfa de Cronbach de* .88), boa validade de constructo, convergente e discriminante. O questionário é dividido em 3 fatores (fator 1, fator 2 e fator 3). O fator 1, equivale às questões 1 a 5 e a questão 9, é relacionada ao conhecimento acerca do bebê. O fator 2, as questões 6, 7 e 8, é relacionado aos cuidados com o bebê. Já as questões 10 a 13 (fator 3) são relacionadas à avaliação da experiência da parentalidade. A pontuação para cada item varia de 6 a 30 (Fator 1), 3 a 15 (Fator 2) e 4 a 20 (Fator 3). O item 10 tem pontuação invertida. Quanto mais alta a pontuação, maior a confiança materna da mulher. A pontuação total máxima possível é de 65 pontos.

A confiança parental, como desfecho, foi classificada em 2 grupos: alta e baixa (acima e abaixo de 50% dos valores, respectivamente), devido a distribuição assimétrica dos escores totais de Confiança Parental. Cerca de 97,7% das participantes pontuaram até 61 pontos, enquanto 1,73% pontuaram entre 62 e 65 pontos. O ponto de corte para a classificação de CMB foi 60/61.

4.3.2 Exposição principal – Depressão puerperal

A principal variável de exposição é a depressão puerperal (DPP), avaliada por meio do instrumento “Patient Health Questionnaire” (PHQ-9) (Anexo 2), no momento da visita domiciliar, entre 6 e 9 meses após o parto. O PHQ-9 é uma ferramenta diagnóstica para transtornos mentais, rápido e fácil de completar, desenvolvido a partir do PRIME-MD, instrumento de diagnóstico que contém 12 módulos para diferentes transtornos mentais. Ele é instrumento específico para depressão que permite o diagnóstico, conforme os critérios do DSM-IV para transtorno depressivo do humor. Nele, investiga-se a presença e intensidade de 9 itens referentes ao período das duas semanas anteriores à entrevista. Os escores vão de 0 (“nenhuma vez”) a 3 (“quase todos os dias”) e o escore total pode variar de 0 a 27. Escores de 10 ou mais são considerados casos de depressão maior, enquanto escores de 5 a 9 representam casos de depressão leve, de acordo com a validação original do instrumento (Kroenke et al., 2003). O PHQ-9 foi avaliado no Brasil com ótima capacidade de discriminação de casos e não-casos de depressão (Osório et al., 2009). No presente estudo foi utilizada a versão brasileira do PHQ-9, traduzida do inglês para o português pela *Pfizer Inc* (serviço educacional).

4.3.3 Variáveis Sócio-Demográficas e Características Maternas

Por ocasião da visita domiciliar, entre 6 e 9 meses após o parto, foi utilizado um questionário (Anexo 3) para obter informações sócio-demográficas, socioeconômicas e de saúde das participantes (idade, cor da pele ou etnia auto referida, escolaridade, renda familiar mensal, situação conjugal, número de filhos e auto avaliação de saúde da mãe). Esse questionário incluiu também informações sobre o planejamento da gestação. Informações detalhadas com a categorização das variáveis usadas na análise estão listadas no quadro a seguir:

Tabela 1 - Categorização das variáveis explicativas

Variáveis Socioeconômicas	Categorização
Escolaridade	Dividida em 3 categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Até Ensino Fundamental completo (0 – 9 anos de estudo); • Até Ensino Médio completo (10-12 anos de estudo); • Até Ensino Superior completo (Mais que 12 anos de estudo).
Renda	Contínua, foi dividida em tercís: <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 1054 reais; • 1055 a 1800 reais; • Acima de 1801 reais.
Etnia	Dividida em 2 categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Branca (engloba mulheres brancas); • Não brancas (engloba mulheres negras, pardas, amarelas e indígenas)
Estado Civil	Dividida em 2 categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Solteiras (sem companheiros) • Casadas (ou com companheiro/união estável)
Variáveis Características	Categorização
Idade Materna	Contínua, foi dividida em tercís: <ul style="list-style-type: none"> • 18 a 24 anos e 11 meses • 25 anos a 29 anos e 11 meses • Acima de 30 anos.
Número de Filhos	Contínua, foi dividida em 3 categorias: <ul style="list-style-type: none"> • 1 filho, • 2 filhos, • 3 filhos ou mais
Gravidez Planejada	Dividida em 2 categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Não (gravidez não planejada) • Sim (gravidez planejada)

4.4 Procedimentos

Entre 6 e 9 meses do puerpério, a equipe da pesquisa tentou-se estabelecer contato telefônico com todas as puérperas que haviam participado do estudo PROGRAVIDA e, portanto, eram elegíveis para o presente estudo (total 506 puérperas). Neste contacto telefônico elas foram convidadas a participar do presente estudo. Aquelas que aceitaram receberam a visita domiciliar de pesquisador de campo, que foram previamente treinados para a realização da entrevista e aplicação de instrumentos. Por ocasião da visita domiciliar, as puérperas que foram localizadas e aceitaram participar do presente estudo (344 mulheres) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4) e foram submetidas à aplicação dos instrumentos de avaliação (Questionário de Confiança Parental, PHQ-9 e questionário sócio-demográfico e características maternas)

4.5 Análise estatística

Análise descritiva foi realizada para caracterizar a amostra. Todas as variáveis foram categorizadas. A Razão de Prevalência (RP) e o IC 95% foram usados para avaliar a associação entre CMB e DPP, e demais variáveis de interesse (socioeconômicas e características maternas). Utilizamos o teste do qui-quadrado ou o teste qui-quadrado para tendência linear quando as categorias forem ordenadas. A RP, ajustada e não ajustada, e o IC 95% foram calculados usando regressão de *Poisson* com variância robusta. No modelo 1 foi estimada a RP entre DPP e CMB levando em conta a randomização das participantes no ensaio de comunidade (PROGRAVIDA). No modelo multivariado foram estimadas as RP entre DPP e CMB, ajustadas por variáveis sócio demográficas (escolaridade, renda familiar mensal em tercís, etnia e estado civil) (modelo 2) e por características maternas (idade materna, número de filhos e gravidez planejada (modelo 3). As variáveis de confusão usadas para ajuste no modelo multivariado foram selecionadas com base na literatura. Para ser

mantida no modelo como potencial variável de confusão, a variável teria que apresentar nível de significância <0.05 . O ajuste por meio de 3 modelos objetivou controlar fatores distais (socioeconômicos) e proximais (características maternas) associados ao desfecho principal (CMB) considerando um possível modelo hierárquico. A análise estatística foi realizada com uso do programa STATA 12 e o nível de significância estatística foi considerado igual ou inferior a 5%.

4. 6 Aspectos éticos

Todas as mulheres participantes foram orientadas quanto aos objetivos do estudo. Aquelas que consentiram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D) por ocasião da avaliação no pós-parto. Este estudo recebeu aprovação da CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), nº47890415.6.000.0065. As participantes foram asseguradas do sigilo dos dados fornecidos e da possibilidade de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, caso desejassem. Elas foram esclarecidas de que o presente estudo não interfere em eventuais acompanhamentos que ela ou o seu bebê estejam recebendo ou venham a receber.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Em relação à randomização no estudo PROGRAVIDA, observa-se que não foram encontradas diferenças significativas entre as participantes e não participantes do presente estudo quanto às variáveis de depressão, etnia, número de filhos e estado civil. Quanto à variável escolaridade (forte indicador social) apenas no grupo submetido à intervenção, observa-se uma diferença estatisticamente significativa: as puérperas participantes tinham maior escolaridade na comparação com as mulheres não participantes (tabela 2).

Tabela 2 - Comparação entre puérperas elegíveis, participantes e não participantes, segundo a randomização no estudo PROGRAVIDA

Variável explicativa	Grupo	Intervenção	Nível de p	Grupo	Controle	Nível de p
	Não Participantes	Participantes		Não Participantes	Participantes	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Tipo de depressão			0,77			0,31
Depressão leve	21 (24,4%)	43 (26,1%)		15 (22,1%)	53 (28,3%)	
Depressão moderada a grave	65 (75,6%)	122 (73,9%)		53 (77,9%)	134 (71,6%)	
Etnia			0,13			0,06
Branca	28 (32,5%)	39 (23,6%)		16 (23,5%)	67 (35,8%)	
Não branca	58 (67,4%)	126 (76,4%)		52 (76,5%)	120 (64,2%)	
Número de filhos			0,65			0,36
1 filho	32 (37,2%)	63 (38,1%)		20 (29,4%)	64 (34,2%)	
2 filhos	25 (29,1%)	55 (33,3%)		31 (45,6%)	67 (35,8%)	
3 filhos ou mais	29 33,7%)	47 (28,5%)		17 (25%)	56 (29,9%)	
Estado Civil			0,93			0,61
Casada/ com parceiro	63 (73,2%)	120 (72,7%)		48 (70,6%)	138 (73,8%)	
Solteira/sem parceiro	23 (26,7%)	45 (27,3%)		20 (29,4%)	49 (26,2%)	
Escolaridade			0,001			0,14
Até Ensino Fundamental	43 (50%)	47 (28,5%)		24 (35,3%)	51 (27,4%)	
Até Ensino Médio	41 (47,6%)	103 (62,4%)		42 (61,7%)	117 (62,9%)	
Até Ensino Superior	2 (2,33%)	15 (9,1%)		2 (2,9%)	18 (9,7%)	
Gravidez planejada			0,44			0,49
Sim	20(23,53%)	46(28,0%)		23(33,8%)	55(29,4%)	
Não	65(76,4%)	118(71,9%)		45(66,9%)	132(70,6%)	

Quanto à caracterização da amostra final (tabela 3), quase metade das mulheres tem com algum tipo de sintoma depressivo, a maioria é casada, não planejou a gravidez e quase 70% estudou até o Ensino Médio.

Tabela 3 - Caracterização das participantes

Variável explicativa	Participantes	
	N	%
<i>DPP</i>		
Sem DPP	200	57,6%
DPP leve	81	23,4%
DPP moderada a grave	66	19,1 %
<i>Etnia</i>		
Branca	165	46,9%
Não branca	187	53,1%
<i>Número de filhos</i>		
1 filho	127	36,1%
2 filhos	122	34,6%
3 filhos ou mais	103	29,3%
<i>Estado Civil</i>		
Casada/ com parceiro	287	83,2%
Solteira/sem parceiro	58	18,8%
<i>Escolaridade</i>		
Até Ensino Fundamental	66	19,1%
Até Ensino Médio	241	69,8%
Até Ensino Superior	38	11,1%
<i>Renda familiar (em reais)</i>		
Até 1054	114	32,9%
1055 – 1800	123	35,5%
> 1800	109	31,5%
<i>Gravidez planejada</i>		
Sim	101	28,7%
Não	250	71,2%
<i>Idade da mãe</i>		
18 a 24 anos	115	33,1%
25 a 29 anos	117	33,8%
30 anos ou mais	115	33,1%

A distribuição dos escores dos fatores do Questionário de CM mostra a distribuição das respostas das mulheres em relação à sua percepção de competência e confiança materna (tabela 4).

Tabela 4 Distribuição dos valores de escore com *N* de cada item do Questionário de Confiança Parental

Itens	1 (nunca) N	2 (raramente) N	3 (algumas vezes) N	4 (poucas vezes) N	5 (sempre) N
1	5	4	12	31	293
2	3	4	7	23	310
3	7	4	17	75	242
4	3	0	11	15	316
5	5	0	5	28	307
6	1	1	4	1	338
7	0	1	6	3	335
8	1	0	4	4	336
9	0	0	6	24	315
10*	320	9	3	5	8
11	38	12	17	36	242
12	5	4	11	25	300
13	4	1	9	24	307

* o item 10 é o único item do questionário que tem a pontuação invertida

Observa-se que as médias foram sempre muito altas, próximas dos valores máximos, em particular nos itens 1 e 2. Em relação ao fator 1, que avalia o conhecimento do bebê, quase 60% das mulheres pontuaram 30, enquanto 9.2% pontuaram menos de 25. Padrão semelhante ocorre com o fator 2, sobre cuidados do bebê, no qual 95.2% das puérperas pontuaram o escore máximo. Em relação ao fator 3, que investiga a experiência materna, 224 mulheres (62.7%) pontuaram 16, sendo que mais de 90% fizeram

pontuações entre 11 e 16. Em relação ao escore total de confiança materna, 9.8% das mulheres pontuaram menos de 53, enquanto 54.9% fizeram escores entre 60 e 61, perto do escore máximo (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos escores dos fatores do Questionário de Confiança Materna

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Fator 1	28,7	2,6	16	30
Fator 2	14,8	0,7	9	15
Fator 3	15	2,1	5	20
Total	58,6	4,0	36	65

Na análise univariada, as seguintes variáveis explicativas se associaram com CMB: ser solteira e depressão moderada/grave. A prevalência de CMB em mulheres com depressão moderada/grave é 36% maior na comparação com mulheres sem depressão e as mulheres casadas tem menor prevalência de CMB (78% menos CMB) do que as mulheres solteiras. Mulheres com 3 ou mais filhos apresentaram menor prevalência de CMB na comparação com mulheres com apenas 1 filho (RP: 0,76, IC 95% 0,58:0,99). As demais variáveis explicativas não se associaram significativamente com o desfecho (tabela 6).

Tabela 6 - Análise Univariada entre CMB e variáveis explicativas (número e porcentagem de casos de CMB, Razão de Prevalência, Intervalo de Confiança de 95% e nível de significância)

Variável explicativa	Confiança materna alta N(%)	Confiança materna baixa N(%)	RP	IC 95%	Nível de P
Estado civil					0,055
Solteira	21 (36,2%)	37(63,8%)			
Casada	143 (50,0%)	143 (50,0%)	0,78	0,62:0,98	
Escolaridade					0,70
Até Ensino Fundamental	34 (52,3%)	31(47,7%)			
Até Ensino Médio	112(46,4%)	129(53,5%)	1,12	0,84:1,49	
Até Ensino Superior	18(47,3%)	20(52,6%)	1,10	0,74:1,64	
Renda familiar (em reais)					0,28
0 – 1054	49(2,2%)	67(57,7%)			
1055 -1800	59(48,3%)	63(51,6%)	0,89	0,70:1,12	
> 1800	57(52,7%)	51(47,2%)	0,81	0,63:1,05	
Cor					0,60
Branca	51 (50%)	51 (50%)			
Não branca	114 (46,9%)	129 (53,1%)	1,06	0,84:1,33	
Número de filhos					0,12
1 filho	52(41,6%)	73(58,4%)			
2 filhos	56(47,8%)	61(52,1%)	0,89	0,71:1,12	
3 filhos ou mais	57(55,3%)	46(44,6%)	0,76	0,58:0,99	
Gravidez planejada					0,40
Sim	50(51,5%)	47(48,4%)			
Não	115(46,5%)	132(53,5%)	0,90	0,71:1,14	
Idade materna					0,06
18 a 24 anos	53(47%)	62(53,9%)			
25 a 29 anos	48(41,4%)	68(58,6%)	1,08	0,86:1,36	
30 anos ou mais	65(56,5%)	50(43,5%)	0,80	0,61:1,05	
Depressão					0,02
Não tem depressão	101(50,5%)	99(49,5%)			
Depressão leve	43(53,1%)	38(47%)	0,94	0,72:1,24	
Depressão moderada a grave	21(32,3%)	44(67,7%)	1,36	1,09:1,70	

O gráfico abaixo (gráfico 1) permite uma visão mais geral das razões de prevalência e da precisão dos intervalos de confiança das variáveis analisadas.

Gráfico 1 - Distribuição das Razões de Prevalências e Intervalos de Confiança de 95% entre CMB e variáveis explicativas (análise univariada)

Na análise multivariada, a associação entre CMB e depressão puerperal na forma moderada/grave se manteve após ajustes para possíveis variáveis confundidoras socioeconômicas e características maternas. A estimativa da associação bruta entre CMB e depressão moderada/grave (1,36, IC95% 1.09:1.70) não se modificou significativamente em nenhum dos modelos (RP: 1,36, IC95% 1.09:1.69) e RP 1,42, IC95% 1.14:1.77). Na tabela 4 são apresentadas todas as estimativas de associação de todos os modelos. A única variável que apresentou significância estatística e permaneceu no modelo ajustado foi estado civil (modelo 2). Deste modo, puérperas com depressão grave apresentaram aumento do risco de CMB de 42% (tabela 7)

Tabela 7 - Análise multivariada entre DPP e CMB segundo três modelos de ajuste

	Modelo 1	Modelo 2: Modelo 1 +variáveis socioeconômicas	Modelo 3: Modelo 2 + características maternas
	RP	RP/CI 95%	RP/CI 95%
Depressão	P=0.005	P=0.06	P = 0.005
Não	1.0	1.0	1.0
Leve	0.93 (0.71:1.23)	0.92 (0.70:1.21)	0.93 (0.71:1.22)
Moderada/Grave	1,36 (1.09:1.70)	1,36 (1.09:1.69)	1,42 (1.14:1.77)

Modelo 1: ajustado por grupo de randomização no PROGRAVIDA

Modelo 2: ajustado por modelo 1 mais a escolaridade, renda familiar, etnia e estado civil*

* variável ficou no modelo.

Modelo 3: ajustado por modelo 2 mais a idade materna, número de filhos e gravidez planejada.

O gráfico 2 permite, novamente, uma visão mais geral das razões de prevalência e da precisão dos intervalos de confiança nos 3 modelos apresentados.

Gráfico 2 - Distribuição das Razões de Prevalências e Intervalos de Confiança de 95% entre CMB e variáveis explicativas (análise multivariada)

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, a CMB se mostrou associada à DPP na forma grave mesmo após controle por variáveis sociodemográficas e de características maternas. As mulheres que apresentavam sintomas depressivos graves apresentaram aumento de 42% no risco de CMB na comparação com mulheres sem sintomas depressivos. Por outro lado, CMB não se associou com DPP na forma leve. Já a variável estado civil foi a única que permaneceu no modelo, porém, perdeu força e não se mostrou significativa no ajuste seguinte.

Quanto à depressão puerperal, 42.5% das puérperas apresentaram sintomas depressivos, sendo que 19.1% foram classificadas com um quadro depressivo moderado para grave. Essa alta prevalência pode ser explicada pelo fato dessas mulheres terem apresentado depressão na gravidez. Faisal-Cury & Menezes (2012), em estudo com 831 gestantes de baixa renda na zona oeste de São Paulo, mostraram que depressão antenatal é importante preditor de depressão puerperal. Mulheres com depressão na gravidez apresentam aumento de 2,5 vezes do risco de também apresentarem depressão puerperal. Neste sentido cabe destacar a importância do diagnóstico da depressão no puerpério em mulheres consideradas de alto risco; a depressão puerperal e antenatal é frequentemente sub-diagnosticada e sub-tratada (Faisal-Cury & Menezes, 2012; Cruz et al., 2005; Faisal-Cury et al., 2004; Filha et al., 2016; Balbierz, 2015; De Felipe, 2013, Hendrick et al, 1998).

Esses resultados corroboram com as evidências na literatura que demonstram que a DPP pode perturbar a expressão da confiança e de todos os sistemas de práticas de cuidado maternas, como cuidado primário, cuidados com a alimentação e saúde, estímulos com ou sem brinquedos, etc. Vários estudos mostram ainda que mães deprimidas se mobilizam menos para atender às necessidades infantis, são mais punitivas, apresentam mais comportamentos de rejeição ao bebê e são menos

sensíveis, resultado de menor confiança no exercer seu papel de cuidadora (Kuo; Chen; Lin; Lee & Hsu, 2009; Murray, 1998; Murray et al., 1997; Figueiredo et al., 2009; Kraus & Kennel, 1976; Klaus et al., 2000; Teti & Gelfand, 1991; Beck, 2002; De Felipe, 1993).

Um estudo similar ao nosso, realizado por Teti & Gelfand (1991), analisou possíveis associações em relação à confiança materna e a mães deprimidas. Os autores avaliaram 48 mães clinicamente deprimidas e 38 mães não deprimidas, mostrando que a percepção de confiança materna serve de mediador na relação entre competência materna e outras variáveis, tais como raça, religião, escolaridade, estado civil, quantidade de horas semanais de cuidado com o bebê, renda, sexo, comportamento do bebê e quantidade de horas que a mãe trabalha fora. Desse modo, a confiança materna pode ter papel crucial na determinação do comportamento parental e no risco psicossocial infantil. Para esses autores, pode-se aventar como hipótese que puérperas com sintomas depressivos tendem a apresentar menor nível de confiança materna, e que esse fator venha a comprometer o tipo e qualidade de apego a ser estabelecido com o bebê e futura criança. Nesse sentido a avaliação do nível de confiança materna é fundamental para a compreensão do apego entre mãe e bebê (Teti & Gelfand, 1991; Zanetti & Lafer, 2008).

Outro estudo com mães japonesas e vietnamitas (Goto et al., 2010), observou associação entre baixa confiança materna e o fato de ser mãe de um único filho, solteira e jovem. Para eles, estas mulheres podem se beneficiar de apoio social e do apoio do companheiro. Cabe destacar que neste estudo, ao contrário, a associação observada entre DPP e CMB perdeu significância após os ajustes pelas variáveis de confusão no modelo multivariado. Para estes autores a proporção de CMB foi de 22%, no Japão, e de 66%, no Vietnã.

De Felipe (2013) afirma que existem contextos de riscos (baixo nível socioeconômico, conflito conjugal, falta de suporte social, perda do emprego, maior densidade habitacional) e de proteção à depressão pós-parto (boa saúde), e que a relação desses fatores é responsável por interferir

negativamente ou positivamente na capacidade da mulher desenvolver cuidados maternos adequados relacionados ao bebê.

Alhusen et al. (2013), em estudo com grupo de mulheres de baixa renda, relacionou diferentes tipos de apego materno (fetal durante a gravidez, com o bebê e com a criança) com o resultado do desenvolvimento (comunicação, coordenação motora grossa e fina, resolução de problemas e pessoal-social) das crianças. Os resultados sugerem que o estilo de cuidado materno inseguro, particularmente o estilo de apego evitativo, está relacionado a níveis significativamente mais baixos de apego materno-infantil durante a gravidez. Concluíram, também, que a depressão durante a gravidez pode levar a diminuição do apego materno-infantil, por comprometer a capacidade da mulher de se sentir confiante no novo papel e de fazer atividades que estimulem o desenvolvimento de seu bebê.

Balbierz et al. (2015) concluíram em estudo comparativo sobre o comportamento de mães com ou sem sintomas depressivos, que as mães deprimidas foram significativamente menos propensas a se envolver em práticas de segurança parentais, tais como os cuidados com a posição de colocar o bebê para dormir e para se alimentar ou com a rotina de cuidados com a saúde.

É observado, assim, que a DPP leva a mãe a sentir dificuldades na interação com o bebê, demonstrando menor confiança no papel materno, oferecendo menor contato físico, menos verbalizações e expressões de afeto, além de menor disposição para brincar e confortar, o que pode gerar comportamento negativo também na criança. Filhos de mães com DPP podem apresentar reações futuras de desamparo e desconfiança, evidenciando afetos negativos (Filha, 2016; Fisher, 2011)

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas. O desenho transversal do estudo não permite estabelecer inferências causais e temporalidade entre a depressão grave e confiança materna. Se por um lado a depressão grave no puerpério eleva o risco de CMB, por outro, pode-se imaginar que mulheres com CMB possam vir a desenvolver ou apresentar sintomas depressivos. O desenho transversal não exclui, portanto, o risco de

causalidade reversa. Outra limitação encontrada foram as perdas de seguimento. Das 506 mulheres elegíveis que participaram do ensaio de comunidade (estudo PROGRAVIDA) que originou nossa amostra, apenas 346 (68.4%) forneceram dados completos para a avaliação da associação entre depressão e CMB. As perdas na amostra ocorreram devido à impossibilidade de localizar os sujeitos da pesquisa, que não foram localizadas por meio do contato telefônico. E, alguns casos houve tentativa infrutífera de localizar as mães nos próprios domicílios. No entanto, as perdas não foram diferenciais, levando-se em conta a randomização do estudo PROGRAVIDA, conforme mostram as análises comparativas entre as participantes e não participantes do presente estudo. Outra possível limitação é o viés de informação. Pode-se imaginar que mulheres que se sentem pressionadas, por questões sociais ou mesmo pessoais, a responder positivamente as questões sobre as diferentes capacidades de cuidados do bebê. Finalmente, o presente estudo avaliou diversas variáveis sociodemográficas e características maternas que poderiam ter confundido a associação entre CMB e DPP. No entanto, não foram avaliadas variáveis tais como suporte social e violência por parceiro íntimo que poderiam atuar como variáveis de confusão. Estudo prévio mostra que DPP está associada a violência por parceiro íntimo recente e que suporte social é fator independente de proteção para DPP (Faisal-Cury et al., 2013).

Dentre os aspectos positivos do presente estudo, vale mencionar o ineditismo da investigação da associação entre depressão pós-parto e confiança materna em puérperas de baixa e média-baixa renda que já haviam apresentado sintomas depressivos na gravidez prévia. Trata-se, portanto, de grupo vulnerável com risco aumentado de depressão puerperal. Para alguns autores (Zietlow et al., 2014; Alhusen et al. 2013; Teti & Gelfand, 1991; Coleman, 1998) a construção da confiança materna baixa pode exercer influência negativa sobre o comportamento e o desenvolvimento da criança. Eles admitem que tal construção pode receber influência negativa de diversos fatores, principalmente doenças psíquicas

como a depressão, o que reforça a importância de estudos que investigam tal associação.

O presente estudo reforça a necessidade de se investigar os aspectos acima mencionados, habitualmente relegados a plano secundário ou nem investigados, no seguimento de mulheres grávidas e puérperas. Em relação à depressão no ciclo gravídico-puerperal, Fisher et al. (2011) afirmam que há falta de consciência dos profissionais da saúde sobre a importância da saúde mental das mulheres no período perinatal e do seu impacto sobre a saúde infantil e desenvolvimento cognitivo, em contextos de recursos limitados. Eles defendem que é essencial para cada país ter evidências locais sobre a natureza e a prevalência do problema, para que assim, se desenvolva intervenções de baixo custo e acessíveis. Para eles, os países mais pobres necessitam de abordagens que promovam a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde perinatal primário, e, também, estratégias para reduzir a pobreza, a violência doméstica e promover oportunidades de geração de renda para mulheres e acesso à educação. Finalmente, concluem afirmando que as abordagens devem ser multidisciplinares e devem incluir a investigação do histórico materno, a educação, as intervenções de base comunitária, o desenvolvimento de serviços de saúde, o fortalecimento do sistema de saúde e de formação de política social.

9 CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

As condições físicas e psicológicas da mãe no período que antecede e sucede o parto se revestem de grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento da díade.

Mães com sintomas depressivos graves podem apresentar baixo desempenho no seu papel materno em decorrência da baixa confiança. Pode-se imaginar que mulheres deprimidas se sintam incapazes, sem vontade, ou mesmo com medo de desempenhar o papel materno. Melhorar o bem estar psíquico dessas mulheres, por meio de tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico pode ser estratégia importante de promoção da confiança materna e da capacidade de cuidados infantis. Esta etapa da vida da criança é fundamental para seu desenvolvimento neurocognitivo, psicológico e social. Aspecto que merece ser avaliado, em futuras pesquisas, neste cenário de depressão e baixa confiança materna é o suporte social. Ele é de grande importância nas diversas fases da vida, e, em particular, no enfrentamento de fatores estressantes que ocorrem na gravidez e no puerpério. Nessas fases da vida da mulher ocorrem grandes modificações psicossociais e fisiológicas que demandam adaptação. Sabe-se que o suporte social é fator protetor para a saúde mental da mulher, com melhora da sintomatologia depressiva e ansiosa no estado gravídico-puerperal.

Por fim, acreditamos que é importante enfatizar a relevância clínica da avaliação do sentimento de confiança materna, essencial para que o papel parental seja vivido de forma adaptativa, eficiente e gratificante. Considerando que baixos níveis de confiança parental poderão prejudicar a interação de mães-bebês, a promoção do sentimento de competência materna revela-se muito pertinente. Sugere-se que a avaliação da confiança materna ocorra logo no período neonatal, pois a existência de baixos níveis de confiança parental pode traduzir em vulnerabilidade que deve ser rapidamente neutralizada e revertida.

10 ANEXOS

10.1 Anexo 1 - Questionário sócio demográfico, socioeconômico, antecedentes obstétricos

Dados Gerais

(PART) INICIAIS DA PARTICIPANTE

(IDENT) NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE NO PROGRAVIDA

(PESQ) PESQUISADORA

(DATA ENTR) DATA DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA ___/___/20___

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

(DOM) 1 - Tipo de domicílio

1. Casa
2. Apartamento
3. Cômodo (pensão, Cortiço, Etc)
4. Barraco
5. Moradora de rua
6. Albergue
- 7-Outro

(NUM DOM) 2 - Número de moradoras no domicílio

_____ pessoas

(ECIV) 3- A Sr^a. é casada ou vive com alguém atualmente?

0. Não > vá 6
1. Sim- vá para a seguinte

(TRABCOMP) 4 - Seu marido/companheiro tem emprego?

- 1 Emprego de tempo integral pago
- 2 Emprego de período parcial pago (ou bicos)
- 3 Desempregado (procurando trabalho)
- 4 Estudante
- 5 Aposentado (idade ou invalidez)
- 6 Outro (preso, etc)
- 88 não quis informar
- 99 não sabe informar IGN

(TRABMAE) 6 - A senhora tem emprego?

1 Emprego de tempo integral pago (VÁ PARA QUESTÃO 7)

2 Emprego de período parcial pago (diarista/ bicos/autônoma) (VÁ PARA

QUESTÃO seguinte e 7)

3 Desempregada (procurando trabalho) (VÁ PARA QUESTÃO 10)

4 Estudante(VÁ PARA QUESTÃO 9)

5-Aposentado (idade ou invalidez) (VÁ PARA QUESTÃO 10)

6) Dona de casa(VÁ PARA QUESTÃO 10)

88- não quis informar(VÁ PARA QUESTÃO 10)

A senhora está trabalhando atualmente?

já voltou a trabalhar?

0=não

1=sim

99= IGN

(TRABMAE1) 7 - Que idade <criança> tinha quando começou a trabalhar?

___ meses ___ dias

(TRABMAE2) 8 - Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora?

_____ dias/semana

(TRABMAE3) 9 - Quantas horas por dia a Sra. fica fora de casa?

___ horas /dia

(CURSOMAE) 10 - Curso mais elevado que a senhora frequentou

0 -Não frequentou escola / nenhum

1 Alfabetização de adultos

2 Ensino fundamental incompleto (1º grau)

3 Ensino fundamental completo (1º grau)

4 Ensino médio incompleto (2º grau)

5 Ensino médio completo (2º grau)

6 Nível técnico (SENAI, SENAC)

7 Superior incompleto

8 Superior completo

9 Pós graduação

99 não sabe informar/ IGN

11 - Renda (deixar em branco se não quiser informar)

(RENDAP) 11.1 - Qual a sua renda pessoal? ___

(RENDACOMP) 11.2 - Com quanto seu companheiro contribui?___

(RENDAOUT) 11.3 - Outra fonte de renda _____

(RENDAFAM) 11.4 - Renda familiar(11.1+11.2+11.3) ___

(NUMRENDA) 11.5 - Número de pessoas que vivem com essa renda

(RENDACAPITA) 11.6- “renda per capita” 11.4 : 11.5___

SAÚDE GERAL, CONTRACEPÇÃO E SEXUALIDADE**(GRAV) 12) - A senhora está grávida?**

- 0. Não – vá para a questão 9
- 1. Sim (vá para a questão seguinte (13))

(DESGRAV) 14 - A Sra. deseja engravidar de novo em seguida?

- 0 Não
- 1 Sim
- 2 Não sabe dizer, ainda não pensou no assunto

(CONTRCEP1) 15- Quando a Sra. engravidou de <criança>, a Sra. estava se cuidando para não engravidar?

- 0. Não – vá para a questão 17
- 1. Sim (vá para a questão seguinte (16))

(CONTRCEP1) 16 - O que a Sra. fazia?

- 0. Nenhum
- 1. Camisinha
- 2. Pílula
- 3. Método hormonal injetável
- 4. Tabela
- 5. Coito Interrompido
- 6. Diafragma
- 7. DIU
- 8. Laqueadura
- 9. Outro (adesivo implante)
- 88. Não quis informar

17 - Naquele momento, a Sra. pensou em fazer um aborto?

- 0. Não – vá para a questão 20
- 1. Sim (vá para a questão seguinte (18))

18 - A Sra. tentou fazer um aborto?

- 0. Não – vá para a questão 20
- 1. Sim (vá para a questão seguinte 19)

20 - Durante a gravidez ou depois do parto, algum médico aconselhou a Sra. Sobre como fazer para não engravidar novamente?

- 0. Não
- 1. Sim
- 88. Não sabe/ não quis informar
- 99. IGN

(SEX) 21 - A Sra. retomou a atividade sexual após o nascimento do Bebê?

- 0. NÃO > vá para questão 27
- 1. SIM - VÁ PARA QUESTÃO 22
- 88. Não quis informar

(SEXQDO) 22 - Quantos meses após o parto?

(para 1 mês ou menos, marque 1) _____

(SEXQLD) 23 - Em relação à sua vida sexual antes da gravidez há 6 meses e hoje, a Sra. diria que atualmente está:

- 1. Melhor
- 2. Igual
- 3. Pior
- 4. Não sabe dizer
- 88. Não quis informar

(SEXCONTR) 26 - Está usando algum método contraceptivo no momento? Se sim, qual?

- 0. Nenhum
- 1. Camisinha
- 2. Pílula
- 3. Método hormonal injetável
- 4. Tabela
- 5. Coito Interrompido
- 6. Diafragma
- 7. DIU
- 8. Laqueadura
- 9. Outro(adesivo implante)
- 88. Não quis informar

(SAUFIS) 27 - A senhora teve algum problema de saúde física após o parto nos últimos 6 meses?

0. NÃO >vá para questão 32

- 1. SIM >vá para questão 28
- 88. Não quis informar

(SAUMED) 28 - A senhora consultou um médico a respeito desse problema?

0. NÃO

- 1. SIM
- 88. Não quis informar

(SAUINT) 29 - A senhora foi internada por algum motivo nos últimos 6 meses?

0. NÃO

- 1. SIM
- 88. Não quis informar

(SAUCIR) 30 - A senhora sofreu algum tipo de cirurgia nos últimos 6 meses?

0. NÃO

1. SIM- Qual _____

88. Não quis informar

(SAUMT) 32 - A Sra. teve algum problema de saúde mental após o nascimento do Bebê? Nos últimos 6 meses, como tristeza, depressão, ansiedade, nervosismo?

0. NÃO > vá para para questão 37

1. SIM (VÁ PARA QUESTÃO 33)

88. Não quis informar (VÁ PARA 37)

(SAUMTRAT) 33 - Procurou tratamento/ atendimento para esse problema?

0. NÃO > vá para 37

1. SIM (VÁ PARA 34)

88. Não quis informar- VÁ PARA 37

(SAUMAT) 34 - Qual o tipo de atendimento você procurou?

1. Internação parcial

2. Psicólogos e psiquiatras particulares

3. Serviço público de saúde mental/ambulatório

4. Serviços de ambulatório para problemas relacionados ao álcool e drogas

5. Outras intervenções para problemas emocionais

6. Não se recorda

7. Posto de saúde onde normalmente é atendida

88. Não quis informar

99. Não sabe informar

(SAUMREM) 35 - Está tomando algum medicamento para este problema?

0. NÃO – VÁ PARA 36

1. SIM - VÁ PARA 37

88. Não quis informar

99. Não sabe informar

36 - Qual a medicação que está tomando? _____

RELACIONAMENTO E EDUCAÇÃO DA CRIANÇA

(EDUCMAE) 37 - A senhora já castigou seu/sua filho(a) com o uso de força física para educá-lo(a) nos últimos 6 meses?

0. NÃO vá para questão 41

1. SIM vá para questão 38

88. Não quis informar - vá para questão 41

(EDUCMAE1) 38 - O que a senhora utilizou?

- 1. Beliscão
- 2. Tapa
- 3. Bater com chinelo
- 4. Outra (especificar) _____
- 88. Não quis informar
- 99. Não sabe informar

(EDUCCOMP) 39 - Seu companheiro já castigou seu/sua filho(a) com o uso de força física para educá-lo(a) nos últimos 6 meses?**0. NÃO -vá para questão - vá para questão 41**

- 1. SIM- vá para questão 40
- 88. Não quis informar -**vá para questão 41**
- 99. Não se aplica (não está casada no momento) **vá para próximo instrumento—VIN1**

(EDUCCOMP1) 40 - Ele (companheiro) utilizou?

- 1. Beliscão
- 2. Tapa
- 3. Bater com chinelo
- 4. Outra (especificar) _____
- 88. Não quis informar
- 99. Não se aplica (o pai da criança não participa)

(RELCOMP) 41- Como a senhora classificaria seu relacionamento com seu marido/companheiro nos últimos 6 meses?

- 0. Péssimo
- 1. Ruim
- 2. Regular
- 3. Bom
- 4. Ótimo
- 88. Não quis qualificar
- 99. Não se aplica (não tem companheiro)

(AGRCOMP) 42 - Seu marido/companheiro já a tratou mal ou foi agressivo com você?**0. NÃO (ir para o próximo bloco/instrumento)**

- 1. SIM (ir para questão seguinte)
- 88. Não quis informar
- 99. Não se aplica

43 - Que tipo de agressão a senhora sofreu?

- 01. Psicológica, (insultos, humilhação, gritos, fazer sentir-se mal sobre si mesma, intimidação, quebra coisas, procura assustá-la, ameaças)
- 02. Física (tapa, empurrão, jogar coisas em você, dar um trando/chacoalhão, soco, chute, bater, surrar, tentar estrangular, queimar de propósito)
- 03. Sexual (forçar fisicamente a ter relações, forçar uma prática sexual)
- 88. Não quis informar
- 99. IGN

Perguntas sobre hábitos:**(FUMO1) 45 - A Sra. Fumou nos últimos 6 meses?**

- 1. Sim
- 99. IGN

Não quis/soube referir 88**(FUMO2) 46 - Quantos cigarros por dia?**

__ __ cigarros / dia

(FUMO3) 47 - Quantos cigarros a sra. costuma fumar por dia na mesma cômodo em que está a criança?

__ __ cigarros / dia

(ALCOOL) 48 - Desde que <criança> nasceu, Nos últimos 6 meses a senhora costuma ingerir ingeriu bebidas com álcool?

- 0. Não
- 1. Sim (se ela refere que uma ou mais vezes por semana)
- 88. Não quis/não soube referir
- 99. IGN

Perguntas sobre peso e atividade física:**(PESO1) 49 - Depois que a <criança> nasceu, A Sra. voltou a ter o peso que tinha antes da gravidez?**

- não 0
- sim 1
- 88. Não quis/não soube referir
- 99. IGN

(AF1) 52 - Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, a Sra. fez algum tipo de exercício físico regular nos últimos 6 meses? depois que<criança> nasceu? (pelo menos duas vezes por semana)

- não 0 (ir para o próximo instrumento)
- sim 1
- 88. Não quis/não soube referir
- 99. IGN

10.2 Anexo 2 - PHQ9

AVALIAÇÃO DO SINTOMA DE DEPRESSÃO: PHQ-9				
Área para o profissional responder				
Nome da gestante: Número de ID da gestante: Data de aplicação: UBS: Questionário lido e respondido pela gestante () Questionário lido pelo profissional e respondido pela gestante () telefone				
Apenas a gestante deve responder as questões abaixo				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo:	Nenhuma vez	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesma - ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto-estar tão agitada ou inquieta que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta	0	1	2	3
Pontuação total =	() + () + () + ()			
Nível de sintomas	Pontuação			
Sem sintomas	()	menor 4		
Leve	()	5 a 9		
Moderado	()	10 a 14		
Moderadamente grave	()	15 a 19		
Grave	()	20 ou mais		
Se você assinalou qualquer um dos problemas acima (pontuação 1 ou mais), indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.				
Nenhuma Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Extrema Dificuldade	
()	()	()	()	

10.3 Anexo 3 - Questionário Confiança Parental (MCQ. Adaptação de Nazaré, Figueredo et al., 2011a)

	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Poucas vezes	5 Sempre
01. Eu sei quando meu bebê quer que eu brinque com ele					
02. Eu sei cuidar do meu bebê melhor do que qualquer outra pessoa					
03. Quando meu bebê está rabugento, eu sei o motivo					
04. Eu percebo quando meu bebê está cansado e precisa dormir*					
05. Eu sei o que deixa o meu bebê feliz					
06. Eu sou capaz de dar banho no meu bebê					
07. Eu sou capaz de dar de comer ao meu bebê adequadamente					
08. Eu sou capaz de pegar adequadamente no meu bebê*					
09. Eu percebo quando meu bebê está doente					
10. Eu me sinto frustrada ao cuidar de meu bebê					
11. Eu seria boa para ajudar outras mães a aprender a cuidarem de seus bebês					
12. Eu tenho todas as competências necessárias para ser uma boa mãe					
13. Sinto-me satisfeita com meu papel de mãe					

10.4 Anexo 4 - TCLE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós parto e no desenvolvimento infantil”***

PESQUISADOR Alexandre Faisal Cury

CARGO/FUNÇÃO: Médico/pesquisador. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 51045

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva- FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA :24 meses

.....

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A senhora está sendo convidada para participar da pesquisa ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós parto e no desenvolvimento infantil”***, que tem por objetivo investigar se a participação anterior em programa de manejo da depressão durante a gravidez favorece o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e seu bebê e o desenvolvimento da criança. A senhora está sendo convidada porque já participou do estudo “PROGRAVIDA”. Sua participação é voluntária, e caso não deseje participar, nada será alterado na maneira com vem recebendo cuidados e tratamento no sistema de saúde.

Se a senhora aceitar participar do presente estudo, a senhora será entrevistada pela pesquisadora de campo em dois momentos: quando seu bebê estiver com aproximadamente seis meses de idade e quando ele estiver com aproximadamente um ano de idade. Nessas duas ocasiões, uma pesquisadora fará perguntas sobre a saúde do bebê, seus hábitos e comportamento, bem como sobre seu relacionamento com ele e como a senhora vem lidando com a maternidade e problemas que pode estar enfrentando. Nas duas situações, seu bebê será observado e filmado pela mesma pesquisadora para avaliar como ele está se desenvolvendo. Esses procedimentos não são invasivos e não trazem qualquer risco para a senhora nem para seu bebê.

Não existe benefício direto para a senhora em sua participação no estudo. Trata-se de uma pesquisa que busca verificar se o programa de manejo de depressão proposto no projeto PROGRAVIDA, de que a senhora participou, traz algum benefício para o desenvolvimento do bebê, e somente no final do estudo poderemos concluir se houve algum benefício. Todavia, sua participação é fundamental para que isso possa ser avaliado e para que, em caso afirmativo, o programa possa ser desenvolvido de forma rotineira. Não há despesas pessoais para a senhora em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação

financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Alexandre Faisal Cury, que pode ser encontrado no endereço Av Dr Arnaldo 454 – 2 andar – Sala 2172. Telefone(s) 30617076. Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br É garantida sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no sistema de saúde;

As informações obtidas nesse estudo serão analisadas em conjunto com os dados de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma participante isoladamente, nem dados pessoais. Além disso, os dados obtidos serão usados somente para o presente estudo. Se a senhora quiser se manter atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores, pode fazer contato com o pesquisador responsável

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós parto e no desenvolvimento infantil”***. Eu discuti com o Dr. **Alexandre Faisal Cury**. (ou seu representante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda

de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento na rede pública.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

11 REFERÊNCIAS

ALHUSEN, J. L.; HAYAT, M. J. & GROSS, D. *Arch Womens Ment Health*, v. 16, p. 521, 2013. doi:10.1007/s00737-013-0357-8.

ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Rev. ABP-APAL*, v. 4, n. 3, p. 93-104, 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION –APA,DSM-5: Manual diagnostic e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora,2014.

BALBIERZ, A.; BODNAR-DERN, S.; WANG, J. J. et al. Maternal Depressive Symptoms and Patenting Practices 3-months postpartum. *Matern Child Health J*, v. 19, p. 1212-19, 2015. DOI 10.1007/s10995-014-1625-6.

BAPTISTA, N. M.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Relation to pregnancy, social support, depression and anxiety. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.

BADR, L. K. Further Psychometric Testing and Use of the Maternal Confidence Questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v. 28, n. 3, 2005.

BECK, C. T. Maternity blues research: A critical review. *Issues in Mental Health Nursing*, v. 12, p. 291-300, 1991.

BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, v. 31, n. 4, p. 394-402, 2002.

BIFULCO, A.; KWON, J.; JACOBS, C.; MORAN, P.; BUNN, A.; BEER, N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, v. 41, n. 10, p. 796–805, 2006.

BOTEGA, N. J. Psychiatric morbidity among medical in-patient: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 30, p. 127-31, 1994.

BOWLBY, J. *A Secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1989.

BOWLBY, J. *Apego: A natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 1984. (Original publicado em 1969).

BRADLEY, R. H. & CORWIN, R. F. Parenting. In: L. BALTER, C. S. Tamis-Lemonda (Eds.). *Child Psychology – A Handbook of Contemporary Issues*. USA: Taylor & Francis – Psychology Press, p. 339-62, 1999.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. 1 Early relations and infant development: theoretical approach in risk birth situation. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 457-67, 2004.

CHAMBERS, E. et al. The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC psychiatry*; v. 24, n.15, p. 172, 2015.

CRANLEY, M. S. Development of a tool for measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, v. 30, p. 281-4, 1981.

CRUZ, E.B.S.; SIMOES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Post-partum depression screening among women attended by the Family Health Program. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 27, n. 4, p. 181-8, 2005.

DIMATTEO, M. R.; MORTON, S. C.; LEPPER, H. S. et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol*, v. 15, n. 4, p. 303-14, jul. 1996.

DOWNEY, G. & COYNE, J. C. Children of depressed parents: na integrative review. *Psychological Bulletin*, v. 108, p. 50-76, 1990.

EDWARDS, S. L.; SARWARK, J. F. Infant and child motor development. *Clin Orthop Relat Res*, v. 434, p. 433-9, 2005.

ERIKSON, E. *O Ciclo Vital Completo*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

EVINS, GG, THEOFRAUSTOUS, JP, GALVIN, SL. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000; 182(5):1080-2.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 4, p. 446-50, dez. 2012.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R.; ARAYA, R. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*, v. 12, p. 335-43, 2009.

FAISAL-CURY, A.; TEDESCO, J.; KAHHALE, S. et al. *Arch Womens Ment Health*, v. 7, p. 123, 2004. doi:10.1007/s00737-003-0038-0.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health*, v. 12, n. 3, p. 143-53, 2009.

FILHA, T.; AYERS, S.; DA GAMA, SG.; LEAL, C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*, v. 194, p. 159-67, abr. 2016. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020. Epub 2016 Jan 21.

FISHER, J.; TRAN, T. D.; TRAN, T. et al. Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: A comparison of three psychometric instruments. *Journal of Affective Disorders*, v. 133, p. 281-93, 2011.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; MASSOTE, A. W. Evolução do emprego na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *An Congr Bras Med Fam Comunidade*, Belém, v. 12, p. 180, 2013.

GIRI, R. K.; KHATRI, R. B.; MISHA, S. R. Prevalence and factors associated with depressive symptoms among post-partum mothers in Nepal. *BMC Research Notes*, v. 8, p. 111, 2015. DOI 10.1186/s13104-015-1074-3.

GOTO, A.; QUANG, V. N.; NGUYEN, T. T. et al. Association of psychosocial Factors with maternal confidence among japoneses and vietnameses mothers. *J Child Fam Stud*, v. 19, p. 118-27, 2010.

HENDRICK, V., ALTSHULER, L., COHEN, L., STOWE, Z.. Evaluation of mental health and depression during pregnancy. *Psychopharmacol Bull*, v. 34, p. 297-9, 1998. pmid:9803758.

IBGE. *Dados Sócio Ambientais de SP*. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452#02>. Acesso em: 27 jul. 2015.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a 2-item depression screener. *Med Care*, v. 41, p. 1284-92, 2003.

LOBATO, G; MORAES GL, REICHEHEM ME. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369-379. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

LOPES, A. D.; MATHERS, C. D.; EZZATI, M. et al. *Global Burden of Diseases and Risk Factors*. New York: Oxford University Press and World Bank, 2006.

MADEGHE, B. A.; KIMANI, V.; STOEP, A. V. Postpartum depression and infant feeding practices in a low income urban settlement in Nairobi-Kenya. *BMC Res Notes*, v. 9, p. 506, 2016. DOI 10.1186/s13104-016-2307-9.

MAZET, P. & STOLERU, S. *Manual de Psicopatologia do Recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

McKIM, M. K.; CRAMER, K. M.; STUART, B. & O'CONNOR, D. L. Infant care decisions and attachment security: the Canadian transition to child care study. *Canadian Journal of Behavioural Science*, v. 31, n. 2, p. 92-106, 1999.

MOEHLER, E.; BRUNNER, R.; WIEBEL, A. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*, v. 9, n. 5, p. 273-8, set. 2006.

MOTTA, M.; LUCION, A.; MANFRO, G. Efeitos da depressão maternal no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 165-76, 2005.

MURRAY, D. M. (1998). *Design and analysis of group-randomized trials*. V. 29. Oxford University Press, USA.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*, v. 77, p. 99-101, 1997.

MUZIK, M., & BOROVSKA, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental health in family medicine*, 7(4), 239. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083253/> em 30/08/2017

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. (a) Avaliação da confiança parental: versão portuguesa do *Maternal Confidence Questionnaire*. In: *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Lisboa, 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18232/1/2011%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20confian%C3%A7a%20parental%20Vers%C3%A3o%20portuguesa%20do%20Maternal%20Confidence%20Questionnaire.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. (b) Postpartum Bonding Questionnaire: estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Lisboa, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/postpartum-bonding-questionnaire-estudo-da-vers%C3%A3o-portuguesa-numa-amostra-comunitaria/id/55555379.html>. Acesso em: 11 jan. 2017.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. "Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)." *Laboratório de Psicologia*, 10.1, 47-61. 2013

OHOKA, H., KOIDE, T., GOTO, S., MURASE, S., KANAI, A., MASUDA, T., ALEKSIC, B., ISHIKAWA, N., FURUMURA, K. and OZAKI, N. (2014), Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant–mother attachment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68: 631–639. doi: 10.1111/pcn.12171

O'HARA, M. W.; NEUNABER, D. J.; ZEROSKI, E. M. Prospective Study of postpartum depression: Prevalence, Course and Predictive Factors. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 93, n. 2, p. 158-71, 1984.

O'HARA, M. W. The nature of postpartum depressive disorders. In: MURRAY, L. & COOPER, P. J. *Postpartum Depression and Child Development*. New York: The Guilford Press, 1997. p. 3-34.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risks of postpartum depression: a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry*, v. 8, p. 37-45, 1996.

OLAFSEN, K.; RONNING, J. A.; DAHL, L. B. Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 48, n. 6, p. 499-509, dez. 2007.

OSÓRIO, F. L.; MENDES, A. V.; CRIPPA, J. A. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Prim Care*, v. 45, p. 216-27, 2009.

PILZ, E. M.; SCHERMANN, L. B. Environmental and biological determinants of neuropsychomotor development in a sample of children in Canoas/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 181-90, 2007.

PIRES, A. Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, v. 8, n. 4, p. 445-52, 1990.

RECK, C.; NOE, D.; GERSTENLAUER, J. Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal selfconfidence. *Infant Behavior & Development*, 2012. doi:10.1016/j.infbeh.2011.12.005.

RITTER C, HOBFOLL, SE, LAVIN, J, CAMERON RP, HULSIZER MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychol*. 2000;19(6):576-85.

ROMALDI, AJS, Marcelo GAZALLE, MC; AZEVEDO, FK, HALLAL, MR, CURI, P (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 620-629.

RONCALLO, P. C. A; MIGUEL, S. M. & FREIJO, H. ARRANZ. Vínculo materno-fetal: implicaciones em el desarrollo psicológico y propuesta de

intervención en atención temprana. *Revista Escritos de Psicología*, Buenos Aires, N. 8 v.2, p14-234, 2015.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R. et al. Post partum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev Psiquiatr RS*, v. 29, n. 3, p. 274-80, 2007.

RUSSELL, K. *Maternal Confidence of First-time Mothers During their Child's Infancy*. (Dissertação de doutorado). Georgia State University, Atlanta, Estados Unidos da América, 2006.

RUTTER, M. Commentary: some focus and process considerations regarding the effects of parental depression on children. *Development al Psychology*, v. 26, p. 60-7, 1990.

RUTTER, M. Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. In: *Child Maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.)). New York: Cambridge University Press, 1989.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO.. SÃO PAULO (SP). *Manual técnico do pré-natal e puerpério: Atenção a gestante e a puerpéra no SUS-SP*. 2010. p.192-5.

SCAZUFCA, M.; FAISAL-CURY, A.; MOGADOURO, M. et al. *Management of Depression During Pregnancy in Primary Care in Brazil: a cluster ransomised Trial*, v. 834, n. Especial S21, 19 out. 2014.

SCHWENBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 3, p. 403-11, 2003.

SILVA MR, Piccinini CA. Paternidade no contexto da depressão pós-parto: revisando a literatura. *Estud Psicol. (Natal)*. 2009;14(1): 5-12.

SILVA, MR., GALVÃO TF., MARTINS, SS., PEREIRA, MG.. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(3), 262-270.

STERN, D. *A Constelação da Maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

STOWE, Z. N.; NEMEROFF, C. B. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*, v. 173, p. 639-45, 1995.

STRAPASSON, M. R. & NEDEL, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre. N.31 v. 3, p521-528, 2010.

TETI, D. M.; GELFAND, D. M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, v. 62, n. 5, p. 918-29, out. 1991.

THIBODEAU, P.H. et al. The depression schema: how labels, features, and causal explanations affect lay conceptions of depression. *Front psychol.*; v.17, n.6, p.1728, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Depression: fact sheet February 2017. Disponível em: . Acesso em: 30 de agosto de 2017.

VIEIRA, E. B.; RIBEIRO, F. V.; FORMIGA, C. K. M. R. Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. *Revista Movimenta*, v. 2, n. 1, p. 2331, 2009.

ZAHR, L. The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing and Health*, v. 16, p. 335-42, 1993. doi:10.1002/nur.4770160504.

ZANATTA, E. A. *Saberes e Práticas das Mães no Cuidado à Criança de Zero a Seis Meses de Vida*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

ZANETTI, M.; LAFER, M. V. Transtornos depressivos. In: ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G. *Fundamentos de Psiquiatria*. São Paulo: Manole, 2008.

ZIETLOW, A. L.; MYRIAM, K.; SCHLU"ter, M. K. et al. Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Matern Child Health J*, v. 18, p. 1873-80, 2014.

12 APÊNDICES

12.1 Apêndice A - PMD

O Programa de Manejo da Depressão (PMD) é oferecido após a avaliação da gestante. Conta com 3 níveis de atendimento. No nível 1, todas as participantes das equipes randomizadas para oferecer o PMD receberão a visita de auxiliar de enfermagem (AE), previamente treinado, que dará início à avaliação e intervenção. O AE iniciará a intervenção com uma breve explicação da técnica de Resolução de Problemas (RP), seus fundamentos e elementos componentes. Nesta ocasião será enfatizado o reconhecimento dos sintomas da depressão e sua provável associação com problemas e dificuldades emocionais. A RP constará de 3 sessões semanais, seguidas por 3 sessões a cada 15 dias e posteriormente, sessões mensais, até a ocasião do parto. Serão oferecidas, pelo menos, mais 2 sessões após o parto, sendo que a primeira ocorrerá 2 semanas após o nascimento da criança. O AE monitorizará sintomas depressivos por meio da aplicação regular do PHQ-9. No caso da participante apresentar depressão moderada ou grave, de acordo com o escore do PHQ-9, ou piora do escore em relação à avaliação da primeira sessão, lhe será oferecida uma consulta com o médico da ESF, que avaliará a possibilidade do uso de antidepressivos (nível 2). Ela continuará recebendo as visitas do AE, neste ínterim. Caso ocorra piora do escore do PHQ-9 na avaliação feita durante as visitas domiciliares, ela poderá voltar a receber sessões mais frequentes de RP.

No nível 2, as gestantes que, segundo o escore no PHQ-9, apresentarem depressão moderada a grave (escores acima de 9) serão encaminhadas para avaliação com o médico de família, para possível início de tratamento com antidepressivo. A droga de escolha é a Fluoxetina, disponível nas unidades do PSF, que será iniciada na dose de 20 mg por dia. Após 15 dias do início do uso da medicação as gestantes serão

novamente avaliadas pelo AE com o PHQ-9, e o AE poderá solicitar nova consulta com o médico ou aguardar a consulta agendada para 30 dias após o início da medicação. Na segunda consulta, o médico poderá aumentar a dose, agendar retorno ou solicitar orientação de conduta para o psiquiatra supervisor. Os critérios clínicos para esta solicitação de ajuda serão: aumento da dose para níveis não habituais, presença de efeitos colaterais, dúvidas sobre interação medicamentosa, no caso de uso de mais de uma droga ou escore de PHQ-9 maior do que 14.

No nível 3, um psiquiatra supervisor discutirá por telefone os caso que forem selecionados pelo médico. O objetivo dessa supervisão é a discussão do aumento da dose do antidepressivo ou sua substituição, associação de novos medicamentos ou necessidade de encaminhamento para serviço especializado.