

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**BRUNA NOGUEIRA ROMARIZ BARROS**

**A Depressão Materna e o Desenvolvimento Cognitivo em Crianças de Baixa  
Renda entre 6 e 36 meses**

**Maceió**

**2018**

**BRUNA NOGUEIRA ROMARIZ BARROS**

**A Depressão Materna e o Desenvolvimento Cognitivo em Crianças de Baixa  
Renda entre 6 e 36 meses**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

Prof. Dr. Paulo José Medeiros Souza Costa

Profa. Dra. Mércia Lamenha Medeiros

**Maceió**

**2018**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho

B277d Barros, Bruna Nogueira Romariz.  
A depressão materna e o desenvolvimento cognitivo em crianças de baixa  
renda entre 6 e 36 meses / Bruna Nogueira Romariz Barros. – 2018.  
50 f. : tabs.

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.  
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de  
Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 42-46.  
Anexos: f. 47-50.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Depressão pós-parto. 3. Fatores de risco.  
4. Saúde mental - Maternidades. I. Título.

CDU: 616.895.4:613.95



Universidade Federal de Alagoas  
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

ICBS - UFAL - Campus A. C. Simões  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Cidade Universitária - Maceió-AL  
CEP: 57072-900  
E-mail: ppgcs9@gmail.com  
Fone: 82 3214 1850

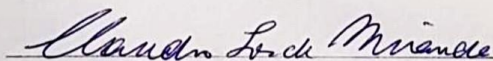
## Folha de Aprovação

Bruna Nogueira Romariz Barros

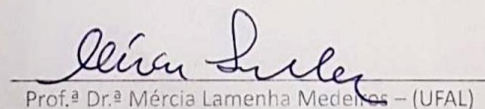
A depressão materna e o déficit cognitivo em crianças de baixa renda de 6 a 36 meses: um estudo transversal

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 27 de setembro de 2018.

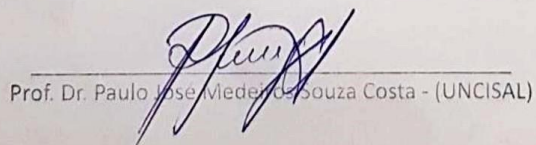
Banca Examinadora



Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda (Orientador)



Prof.ª Dr.ª Mécia Lamenha Medeiros - (UFAL)



Prof. Dr. Paulo José Viedes de Souza Costa - (UNCISAL)

*Aos meus Artur's.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, Artur, que iniciou essa jornada no meu ventre e agora segue caminhando ao meu lado, me impulsionando sempre a ultrapassar meus próprios limites. Você, meu menino, é a minha maior inspiração.

Ao meu amor, professor, amigo e parceiro da vida, Jorge Artur, agradeço não só por sua incondicional motivação, contribuições estatísticas e conhecimentos científicos, mas, acima de tudo, por me enxergar além do que posso ver e me mostrar do que sou capaz. Você foi o suporte sem o qual este projeto não teria sido realizado.

Aos meus pais, meus primeiros e maiores exemplos de honestidade e trabalho árduo, por me ensinarem, desde cedo, a acreditar na minha capacidade; à minha mãe, Maita, por seu apoio incondicional e seu exemplo de força, perspicácia e bravura; ao meu pai Ênio, por sua voz mansa e seu exemplo de resignação, tranquilidade e sabedoria.

Aos meus irmãos, Paulo Henrique e Nathália, por se fazerem sempre presentes, mesmo na distância. Vocês são os melhores amigos que uma irmã caçula poderia ter.

Aos amados: tia Mônica, tio André, Lara, Letícia, tia Martha, tio Sérgio, Leila, Laís e “tia” Eneida por estarem sempre presentes, acompanhando minha caminhada da primeira fila, comemorando minhas vitórias e segurando minha mão em dias não tão fáceis assim.

Aos meus avós maternos, Lineuza e José, por seu carinho e presença constante nos momentos mais importantes da minha vida.

Aos meus avós paternos; Bernadete, por me mostrar que, com trabalho e esforço, a mulher pode ser o que quiser; e Coraci (in memoriam) por ter sido tão maravilhoso que me permite lembrá-lo em todos os momentos.

Ao professor Cláudio Torres de Miranda, por ser exemplo de pesquisador e orientador. Ao senhor, toda minha gratidão, por sua paciência, mansuetude e sabedoria.

À Paula, minha parceira assídua e incansável na coleta de dados desta pesquisa. Minha gratidão por sua riqueza de espírito.

Às mães e crianças deste estudo, pela paciência de se submeterem a ele.

À professora Mércia Lamenha Medeiros, por sua incondicional assistência na coleta de dados desta pesquisa e na vida.

À CAPES pela bolsa de auxílio, tão importante nesse percurso.

Ao PPGCS (docentes, discentes e técnicos) por me tirar da minha zona de conforto e me permitir crescer como estudante e pesquisadora.

Ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, mais especificamente ao setor de puericultura, por permitirem a coleta de dados entre um atendimento e outro.

À todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram a subir mais um degrau em direção ao céu.

Por fim, à Deus, por permitir meu reencontro com quem amo e não me deixar desistir de seguir meus sonhos.

## A Depressão Materna e o Desenvolvimento Cognitivo em Crianças de Baixa Renda entre 6 e 36 meses

**Objetivo:** Avaliar a associação do baixo nível socioeconômico e da depressão materna com comprometimento cognitivo em crianças entre 6 e 36 meses, em díades (mãe-criança) atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal. Contou-se com uma amostra de 69 díades (mãe-criança). As participantes foram contatadas no setor de puericultura e pediatria do HUPAA. Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequência e percentual), regressão logística para estabelecer quais fatores de risco explicam a presença/ausência de comprometimento cognitivo na criança, Episódio depressivo maior (EDM) e risco de suicídio (RS) materno e *Odd Ratio* (OR).

**Resultados:** As crianças apresentaram uma média de idade de 21,9 meses, sendo a maioria do sexo masculino (66,7%). As mães apresentaram idade média de 26,3 anos e a maioria não trabalha fora (76,8%). A estimativa da proporção para o comprometimento cognitivo foi de 56,5% (IC de 95%: 44,8, 68,2), para episódio depressivo maior (EDM) foi de 36,3% (IC de 95%: 24,9, 47,6) e para risco de suicídio (RS) foi de 21,8% (IC de 95%: 12,0, 31,5). No modelo de regressão logística, o fator de risco que apresentou associação independente com o comprometimento cognitivo foi o nível socioeconômico (OR = 2,67; IC de 95% = 1,00, 7,14;  $p = 0,049$ ). A variável preditora que apresentou associação independente com EDM materno foi a idade da criança (OR = 3,03; IC de 95% = 1,04, 8,75;  $p = 0,041$ ). O fator de risco que apresentou associação independente com RS foi o EDM materno (OR = 22,20; IC de 95% = 4,38, 112,41;  $p = 0,000$ ).

**Conclusões:** Os achados deste estudo reforçam a associação do comprometimento cognitivo com a vulnerabilidade social. Recomenda-se o uso sistemático de vigilância e triagem para fatores de risco e/ou atraso no desenvolvimento infantil, promoção de saúde e intervenção precoce no eixo integrador da atenção à saúde da criança. Quanto a saúde mental materna, é demandado incrementar os programas de atenção à saúde da mulher em vulnerabilidade social, no período gestacional e pós-parto, em particular o tratamento para depressão e sistemas de apoio para diminuir o risco de suicídio.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil; Depressão Materna; Saúde Mental Materna; Fatores de Risco



## A Depressão Materna e o Desenvolvimento Cognitivo em Crianças de Baixa Renda entre 6 e 36 meses

### **Abstract**

**Objective:** To evaluate the association of low socioeconomic level and maternal depression with a cognitive commitment in children aged 6 to 36 months in dyads (mother-child) attended at the University Hospital Professor Alberto Antunes – HUPAA.

**Method:** This is a cross-sectional study. There was a sample of 69 dyads (mother-child). The participants were contacted in the HUPAA childcare and pediatrics sector. The data were evaluated by means of descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage), logistic regression to establish which risk factors explain the presence/absence of cognitive impairment in the child, major depressive episode (MDE) and suicide risk and Odd Ratio (OR).

**Results:** The children had a mean age of 21.9 months, the majority being male (66.7%). The mothers had a mean age of 26.3 years and the majority did not work outside (76.8%). The estimate of the proportion for cognitive impairment was 56.5% (95% CI: 44.8, 68.2), for MDE was 36.3% (95% CI: 24, 9, 47.6) and for SR was 21.8% (95% CI: 12.0, 31.5). In the logistic regression model, the risk factor that presented an independent association with cognitive impairment was the socioeconomic level (OR = 2.67, 95% CI = 1.00, 7.14, p = 0.049). The predictor variable that presented independent association with maternal MDE was the age of the child (OR = 3.03, 95% CI = 1.04, 8.75, p = 0.041). The risk factor that presented independent association with SR was maternal MDE (OR = 22.20, 95% CI = 4.38, 112.41, p = 0.000).

**Conclusions:** The findings of this study reinforce the association of cognitive commitment with social vulnerability. The systematic use of surveillance and screening for risk factors and/or delays in child development, health promotion and early intervention in the integrating axis of child health care is recommended. Regarding maternal mental health, it is required to increase women's health care programs in social vulnerability in the gestational and postpartum period, in particular the treatment for depression and support systems to reduce the risk of suicide.

**Keywords:** Child Development; Maternal Depression; Maternal Mental Health; Risk Factors.

## Lista de Ilustrações

Ilustração 1. Cronossistema da teoria ecológica do desenvolvimento.	4
Ilustração 2. Prevalência global por 100.000 habitantes de deficiências de desenvolvimento entre crianças menores de 5 anos em 2016	5
Ilustração 3. Prevalência de transtornos depressivos (% da população), pela Região da OMS	11
Ilustração 4. Dimensões do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)	15
Ilustração 5. Faixas do Índice de Vulnerabilidade Social. Fonte. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2015)	15
Ilustração 6. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015)	20
Ilustração 7. Esquema de classificação para interpretação do BF10	25

## Lista de tabelas

Tabela 1. Prevalência da depressão por países da região das Américas	8
Tabela 2. Índice de Vulnerabilidade Social do Brasil, de Alagoas e Maceió	16
Tabela 3. Dados gerais das crianças	26
Tabela 4. Dados gerais das mães	27
Tabela 5. Modelo de regressão logística predizendo Denver suspeito	28
Tabela 6. Associação do nível socioeconômico com o comprometimento cognitivo	30
Tabela 7. Modelo de regressão logística predizendo EDM	31
Tabela 8. Associação da idade da criança e BF com EDM materno	32
Tabela 9. Modelo de regressão logística predizendo risco de suicídio	34
Tabela 10. Associação do EDM com RS materno	35

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Deficiência de desenvolvimento.....	3
1.2 Transtornos depressivos .....	7
1.3 Nível socioeconômico, depressão materna e deficiência de desenvolvimento	10
1.4 Índice de Vulnerabilidade Social .....	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Geral .....	18
2.3 Específicos .....	18
3. MÉTODO .....	19
3.1 Tipo de Estudo .....	19
3.2 Hipóteses .....	19
3.3 Participantes.....	19
3.4 Critérios de Inclusão .....	20
3.5 Critérios de Exclusão .....	20
3.6 Instrumentos.....	20
3.7 Procedimentos .....	22
3.8 Variáveis preditoras e variáveis de desfecho .....	22
3.9 Análise de dados .....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	26
5. CONCLUSÕES .....	36
Referências .....	38
ANEXO A.....	42
ANEXO B.....	43
ANEXO C .....	45

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um produto da interação biológica e comportamental entre as características da criança e do ambiente no qual está inserida (MORAIS, LUCCI, OTTA, 2013). Principalmente durante a primeira infância, o desenvolvimento é afetado por fatores genéticos, biológicos, sociais e psicológicos, muitos dos quais são sensíveis às variáveis contextuais mais amplas, como a pobreza (LIU et al., 2017).

Coelho et al. (2016) concordam que o desenvolvimento infantil é um processo contínuo e dinâmico que causa mudanças biológicas e comportamentais, em uma complexa interação entre estes aspectos e contexto em que a criança está inserida. Portanto, o desenvolvimento infantil deve ser compreendido desde uma perspectiva ecobiodensenvolvimental, “no qual se expande da biologia e do ambiente para um conceito mais amplo, que abrange a epigenética e a neurociência” (p. 506).

Hackman, Farah e Meaney (2010), por sua vez, argumentam que crescer em uma família com baixo nível socioeconômico está substancialmente associado a piores condições de saúde, prejuízos ao bem-estar e aos desenvolvimentos cognitivo e emocional, desde a infância até a vida adulta. Portanto, o nível socioeconômico está associado ao comprometimento cognitivo na primeira infância.

Garg et al. (2015) reportam que o status socioeconômico e a depressão materna são determinantes que atuam de modo independente, e estão associados ao prejuízo à saúde e ao desenvolvimento das crianças. Mães depressivas podem estar menos inclinadas ou serem menos capazes de facilitar um ambiente ideal de aprendizagem para seu filho pela sua condição de saúde (SMITH-NIELSEN et al., 2016). E, dependendo do caso, algumas áreas do desenvolvimento podem ser mais afetadas do que outras (KEIM et al., 2011).

Por meio do *still-face paradigm*, aplicado em crianças no primeiro ano de vida, verificou-se que os níveis não clínicos de sintomatologia depressiva materna podem ter um impacto expressivo na regulação afetiva da criança durante a primeira metade do primeiro ano de vida (VIEITES; REEB-SUTHERLAND, 2017).

É necessário ponderar, pois Motta, Lucion e Manfro (2005) argumentam que o estilo de interação emocional ao qual o bebê está exposto pode ser mais crítico que o diagnóstico de depressão materna em si. Mas, mesmo assim, é significativa a

associação de depressão materna e alterações no padrão de interação mãe-bebê. Adicionalmente, parece haver um impacto menor da depressão materna na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança, quando outros fatores de risco não estão associados (por exemplo, baixo apoio marital ou da família mais ampla e baixo status socioeconômico).

É possível verificar que crianças com algum tipo de deficiência (física ou mental) são estigmatizadas pela sociedade, seja nas escolas, pelos professores e colegas, seja no contexto familiar, como incapazes e improdutivas (MOGENSEN; MASON, 2015). De acordo com VandenBos (2010), o estigma é concebido como “a atitude social negativa associada a uma característica de um indivíduo que pode ser considerada como uma deficiência mental, física ou social. O estigma envolve desaprovação social e pode levar injustamente a discriminação contra e exclusão do indivíduo” (p. 378).

Em especial, o estigma público costuma afetar negativamente as relações sociais e financeiras do indivíduo estigmatizado, se tornando também uma barreira de acesso ao tratamento. A literatura tem demonstrado a existência de estigma público em relação à pessoas com deficiências, visto que são, muitas vezes, classificadas como dependentes, incapazes e/ou improdutivas, contribuindo para sua exclusão social (BOS et al., 2013).

Estudos apontam consequências negativas de longo prazo, incluindo aumento de estresse, exclusão social, piora na qualidade de vida e na autoestima, podendo interferir até em programas de intervenção precoce para a prevenção dos problemas de comportamento e/ou aprendizagem (THORNICROFT et al., 2009). Há, também, reflexos econômicos devido ao impacto negativo no emprego, renda e uso de serviços de saúde (SEMRAU et al., 2015). De forma geral, a deficiência e seus estigmas contribuem para a exclusão das pessoas com deficiência/transtorno, assim como a perpetuação do estigma público (MOGENSEN; MASON, 2015). Se, por um lado, as pesquisas apontam que o estigma traz inúmeros malefícios para a própria pessoa e para a sociedade, por outro, descrevem modelos que podem contribuir para minimizar o estigma.

Com base nos estudos de Corrigan (1998), o processo de estigmatização pode ser reduzido e inibido por meio da conscientização da população, de programas educativos, conhecimento e contato direto com indivíduos com deficiência/transtorno.

Programas educativos fornecem importantes informações para que os cidadãos possam dirimir as dúvidas, desfazer mitos, corrigir equívocos que respaldam o estigma, enquanto que a presença do componente de contato social nos modelos, sempre levando em conta a opinião das pessoas que possuem deficiência/transtorno parecem ser os mais eficazes segundo dados internacionais (THORNICROFT et al., 2016).

Com base nestas suposições, tem-se como objetivo avaliar a associação entre baixo nível socioeconômico e depressão materna com o comprometimento cognitivo em crianças entre 6 e 36 meses de vida.

### **1.1 Deficiência de desenvolvimento**

Neste estudo, adotou-se a definição do Dicionário de Psicologia da *American Psychological Association* - por ser ampla, a saber:

“É o nível ou estado de desenvolvimento que é atribuível a um enfraquecimento cognitivo ou físico, ou ambos, originando-se antes dos 22 anos. Esse enfraquecimento tende a continuar indefinidamente e resulta em limitações funcionais ou adaptativas substanciais. Exemplos de deficiências de desenvolvimento incluem, mas não se limita a retardo mental, transtornos globais do desenvolvimento, transtornos da aprendizagem, transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtorno da comunicação, paralisia cerebral, epilepsia, cegueira, surdez, mutismo e distrofia muscular” (VANDENBOS, 2010, p. 256).

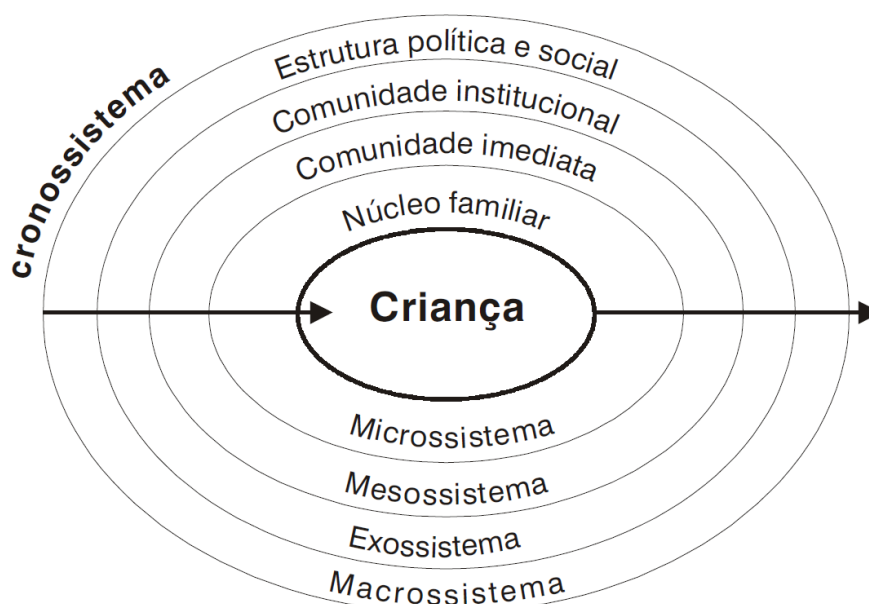
A revista *The Lancet* publicou uma série de artigos (2007, 2011 e 2016) sobre desenvolvimento na primeira infância. Constatou-se que ainda haveria no mundo cerca de 250 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade em risco de desenvolvimento infantil precário, em países de renda baixa e média, somente devido à pobreza e ao retardo do crescimento (43% de todas as crianças com menos de cinco anos). Essas crianças não atingiram seu pleno desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais (em particular a pobreza), biológicos e psicossociais (por exemplo, desnutrição crônica, deficiência de ferro e iodo, estimulação cognitiva e socioemocional inadequadas, maus-tratos, depressão materna, baixa escolaridade materna, família/comunidade em situação de violência). Conjuntamente, esses fatores contribuem para uma trajetória que inclui problemas de saúde, falta de prontidão para a escola/desempenho escolar ruim, perda de oportunidades profissionais e perpetuação da pobreza entre gerações (Brasil, 2018).

Por que a ênfase do nascimento ao 5º ano de vida? Porque é entre o nascimento e a idade de 5 anos que as crianças desenvolvem um conjunto de

habilidades cognitivas fundamentais adequadas à idade que lhes permitem manter a atenção, entender e seguir instruções, comunicar-se com os outros e resolver problemas progressivamente mais complexos (McCoy, 2016). Em geral, as crianças com atrasos e deficiências no desenvolvimento correm maior risco de saúde, apresentam menor desempenho acadêmico (por exemplo, anos de escolaridade, rendimento acadêmico) e bem-estar abaixo do ideal quando comparadas as crianças sem tais deficiências (OLUSANYA et al., 2018).

Aqui, fala-se em risco. Mais especificamente em fatores de risco que prejudicam o desenvolvimento. Trata-se de variáveis que podem aumentar a probabilidade do surgimento de determinados problemas, ou mesmo aumentar a vulnerabilidade de um indivíduo de desenvolver determinada doença (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

A teoria ecológica do desenvolvimento desenvolvida por Bronfenbrenner descreve as relações existentes entre os sistemas que influenciam a vida da criança, ou seja, o desenvolvimento ocorre por meio de processos de interação entre a criança e o meio ambiente a qual está inserida – explicitado na Figura 1 (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; LERNER et al., 2003).



**Ilustração 1 - Cronossistema da teoria ecológica do desenvolvimento.** Fonte: Halpern e Figueiras (2004).

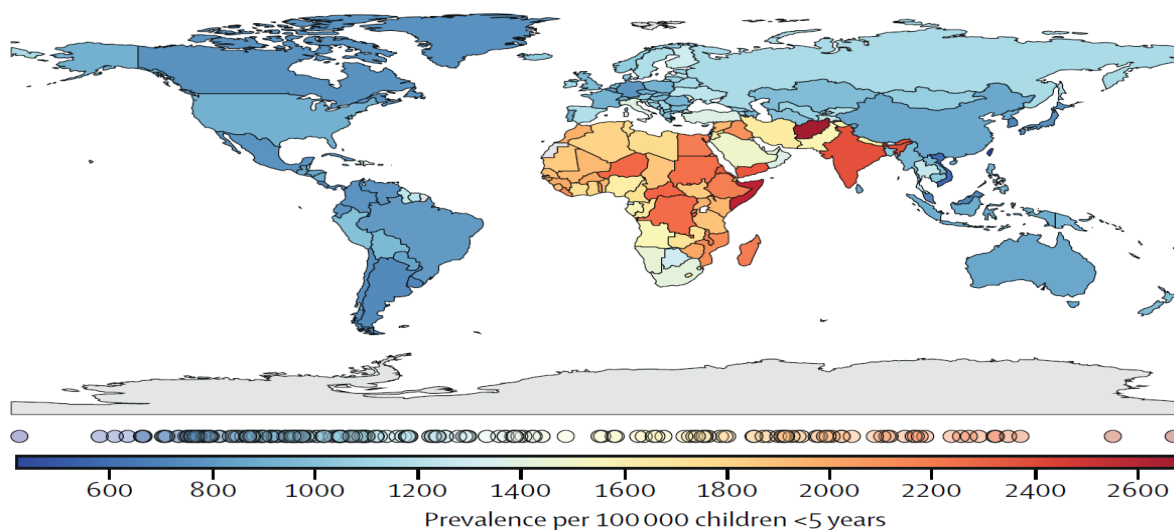


Resumindo, os resultados negativos no desenvolvimento infantil são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). Entretanto, é necessário destacar que nascer na pobreza, bem como viver em ambiente psicologicamente desfavorável são condições de alto risco para um comprometimento no desenvolvimento na primeira infância (BRASIL, 2018; HALPERN et al., 2000; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Fica evidente, também, a preponderância do fator econômico. Neste contexto, a deficiência é uma questão de desenvolvimento, devido à sua ligação bidirecional à pobreza: a deficiência pode aumentar o risco de pobreza e a pobreza pode aumentar o risco de deficiência. De acordo com a World Health Organization (2011), as pessoas com deficiência e suas famílias são mais propensas a sofrer desvantagens econômicas e sociais do que aquelas sem deficiência. Aqui reside um exemplo do efeito estigmatizante da deficiência e sua influência na exclusão social e econômica.

O número e prevalência por 100.000 habitantes de casos de deficiência de desenvolvimento no mundo foi de 8363,7 (IC de 95%: 7707,1, 9059,4) em 2016 comparativamente com 8856,5 (IC de 95%: 8186,7, 9545,6) em 1990. No Brasil foi de 7999,0 (IC de 95%: 7394,3, 8664,7) em 2016 comparativamente com 8442,9 (IC de 95%: 7789,3, 9124,8) em 1990 (OLUSANYA et al., 2018). Para uma compreensão mais global da prevalência (por 100.000 habitantes) de deficiência de desenvolvimento veja a Figura 2.

#### B Developmental intellectual disability



**Ilustração 2 - Prevalência global por 100.000 habitantes de deficiências de desenvolvimento entre crianças menores de 5 anos em 2016.** Fonte: OLUSANYA et al. (2018).

Observa-se na Figura 2 que o maior número e prevalência de crianças com deficiências de desenvolvimento ocorre no sul da Ásia e na África subsaariana, que frequentemente respondem pela maior mortalidade infantil no mundo. Esse achado é consistente com outros relatos sobre o risco de desenvolvimento abaixo do ideal em crianças menores de 5 anos (OLUSANYA et al., 2018).

Apesar de não ter sido possível reportar os dados dos estados e municípios do Brasil, visto que estes não são fornecidos pelo Ministério da Saúde, pode-se citar indicadores de pesquisas mais pontuais. Por exemplo, Halpern et al. (2000) verificaram a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento em crianças com 12 meses, em uma amostra de 1.363 crianças acompanhadas em um hospital da cidade de Pelotas - RS. Das 1.363 crianças avaliadas, 463 (34%) apresentaram suspeita de atraso no desenvolvimento. Maria-Mengel e Linhares (2007) avaliaram os riscos para problemas do desenvolvimento em uma amostra de criança (nos quatro primeiros anos de vida) procedentes de uma amostra não clínica de uma comunidade atendida no Núcleo de Saúde da Família IV, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Verificou-se que 33% das 120 crianças apresentaram comprometimento cognitivo. Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) estudaram os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de crianças de um ano. Contou-se com a participação de 65 crianças na amostra - com crianças e suas respectivas mães, residentes na área de abrangência de duas unidades de saúde da família, situadas em regiões periféricas de um município, localizado na Região Centro-oeste do Estado de São Paulo. Verificou-se que 43,1% das 65 crianças apresentaram comprometimento cognitivo. Coelho et al. (2016), em um estudo transversal com uma amostra de 282, com idade entre 0 e 36 meses, provenientes de creches da rede pública de Igrejinha/RS. Identificou-se 91 casos (32%) de atraso no desenvolvimento.

Estes estudos apresentam em comum a forma como foi avaliado o comprometimento cognitivo, por meio do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II. Trata-se de teste (triagem) que avalia o desenvolvimento e que pode ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde. Um instrumento de baixo custo e de fácil manuseio e aplicação rápida (aproximadamente 20 min). Na seção Método, especificamente no tópico Instrumentos, informações adicionais serão contempladas. Por ora, é necessário destacar que, tal como reporta Coelho et al. (2016),

historicamente foi e ainda é o instrumento mais amplamente aplicado em todo mundo e no Brasil. Esse tipo de instrumento tende a superestimar a prevalência de problemas de desenvolvimento e apresentam grande variação. Uma possível explicação são as taxas de sensibilidade e especificidade limítrofes. Mas, mesmo assim, continua a ter seu uso recomendado em estudos comparativos.

A seguir, tem-se uma breve descrição da variável preditora da deficiência de desenvolvimento da criança, a depressão, especificamente a materna, bem como o risco de suicídio. É importante destacar que estas duas variáveis são desfechos em relação aos fatores de risco ambiental, como ficará claro mais adiante.

## **1.2 Transtornos depressivos**

Globalmente, estima-se que 322 milhões de pessoas sofrem de depressão. Sumariza-se as principais observações: é um transtorno mental frequente e que acomete pessoas de todas as idades; é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e que contribui muito para a carga global de doenças; as mulheres são mais afetadas pela depressão do que homens; a depressão pode levar ao suicídio; e, existem tratamentos eficazes para depressão (WHO, 2017).

De acordo com relatório da World Health Organization, o número total estimado de pessoas vivendo com depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015. Esse dado reflete o crescimento da população global. No Brasil, a depressão acomete 11 548 577 (onze milhões, quinhentos e quarenta e oito mil e quinhentos e setenta e sete) de indivíduos (5,8% da população – ver Tabela 1) (WHO, 2017).

**Tabela 1.** Prevalência da depressão por países da região das Américas

<b>Pais</b>	<b>Total de casos</b>	<b>% da população</b>
Estados Unidos	17 491 047	5,9%
<b>Brasil</b>	<b>11 548 577</b>	<b>5,8%</b>
Cuba	605 879	5,5%
Paraguai	332 628	5,2%
Chile	844 253	5,0%
Uruguai	158 005	5,0%
Peru	1 443 513	4,8%
Colômbia	2 177 280	4,7%
Argentina	1 914 354	4,7%
Canada	1 566 903	4,7%
Costa Rica	216 608	4,7%
Equador	721 971	4,6%
Bolívia	453 716	4,4%
Haiti	437 639	4,3%
México	4 936 614	4,2%
Venezuela	1 270 099	4,2%
Panamá	162 293	4,4%

**Fonte:** Adaptado da World Health Organization (2017) - Depression and other common mental disorders: global health estimates.

De acordo com a World Health Organization (2017), o Brasil é apontado como o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (frequência = 17 491 047; percentual = 5,9%).

A depressão pode levar ao suicídio. Aproximadamente 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano - sendo a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2017).

Embora existam tratamentos eficazes conhecidos para depressão, menos da metade dos depressivos no mundo recebe tratamento. As barreiras ao tratamento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social

associado aos transtornos mentais. Outra barreira ao tratamento eficaz é a avaliação sem acurácia - pessoas com depressão não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm depressão são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Trata-se de um grave problema de saúde pública e sua prevalência está associada a alguns determinantes, a saber: sexo - é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens; costuma ser mais prevalente entre indivíduos de menor renda, com menor escolaridade, desempregados e que passaram por separação conjugal recente (DO PRADO; CALAIS; CARDOSO, 2017).

A depressão é uma disforia – humor caracterizado por tristeza – que pode variar de intensidade desde uma oscilação no humor normal até um sentimento extremo de tristeza, pessimismo e desânimo (VANDENBOS, 2010). Quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma séria condição de saúde. Ela pode levar a um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar (WHO, 2017).

A depressão pode ser definida em termos dos seguintes atributos: Alterações específicas no humor – tristeza, solidão, apatia; autoconceito negativo associado a autorrecriminação e autoacusação; desejos regressivos e autopunitivos – de fugir, esconder-se ou morrer; alterações vegetativas – anorexia, insônia, perda de libido; alteração no nível de atividade – retardo psicomotor ou agitação (BECK; ALFORD, 2011). O termo depressão designa uma entidade nosológica que geralmente é qualificado por algum adjetivo para indicar determinado tipo ou forma, por exemplo, depressão reativa ou depressão agitada. “Quando a depressão é conceituada como uma entidade clínica específica, presume-se que possui alguns atributos consistentes além dos sinais e sintomas característicos; esses atributos incluem um tipo especificável de início, curso, duração e resultado” (BECK; ALFORD, 2011, p. 18).

No transtorno depressivo maior, o indivíduo experimenta pelo menos um episódio depressivo maior (EDM) [por pelo menos duas (02) semanas o indivíduo tem humor deprimido persistente ou anedonia. Tem, também, quatro outros sintomas, dos quais: apetite pobre ou aumentado com perda ou ganho significativo de peso, insônia ou sono excessivo, agitação psicomotora ou retardo psicomotor, perda de energia com fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada, capacidade reduzida de

se concentrar ou tomar decisão e pensamentos recorrentes de morte] (BECK; ALFORD, 2011; VANDENBOS, 2010).

A depressão é consequência de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sóciofamiliares. Está sistematizada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), no item “Transtorno do Humor”, e pela Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, no item “Transtornos Afetivos” (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012). Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades, em todos os aspectos da vida (trabalho, escola/universidade, família, social), o risco de se tornar deprimido é aumentado pela pobreza, o desemprego, eventos da vida (por exemplo, a morte de um ente querido ou uma ruptura de relacionamento), doenças físicas e problemas causados pelo consumo de álcool e drogas (WHO, 2017).

Achados de pesquisas indicam que ser mulher, com baixo nível socioeconômico, aumenta a chance de apresentar depressão (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; DO PRADO; CALAIS; CARDOSO, 2017; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007). Note que a proporção da população global com depressão em 2015 foi estimada em 4,4% e que a depressão é mais comum entre as mulheres (5,1%) do que nos homens (3,6%) - considerando os dados globais (WHO, 2017).

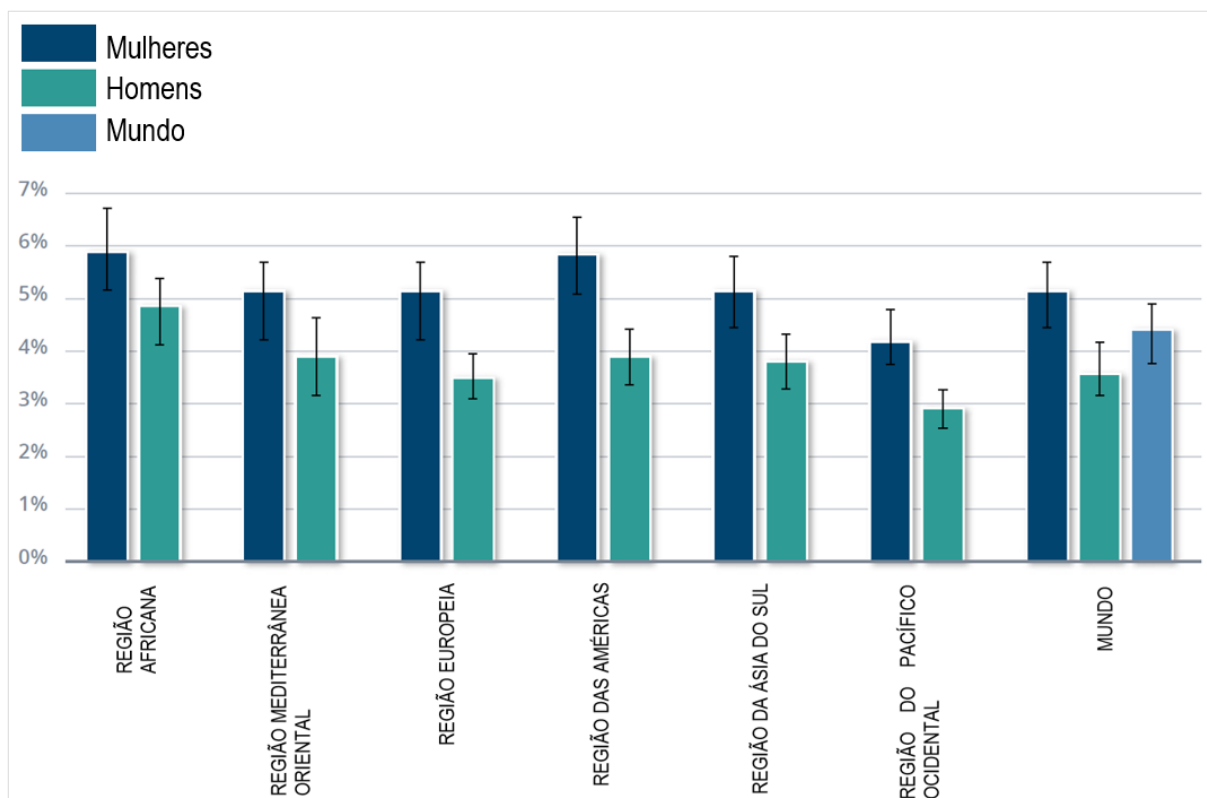
De acordo com Botega et al. (2009), as mulheres apresentam maior chance de ideação suicida na vida (OR ajustada = 1,74; IC de 95%: 1,21; 2,49). Santos, Lovisi, Legay e Abelha (2009) reportaram a associação entre episódio depressivo maior e tentativas de suicídio (20 mulheres, 33,3%; IC de 95%: 22,0; 46,7), considerando uma amostra de 96 indivíduos, sendo 60 mulheres, do Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, Brasil, no período 2006-2007.

Diante destas constatações, justifica-se investigar a interação entre o nível socioeconômico com a depressão em mulheres e, principalmente, o efeito da depressão materna e o nível socioeconômico em relação a deficiência de desenvolvimento.

### **1.3 Nível socioeconômico, depressão materna e deficiência de desenvolvimento**

A depressão está associada a baixa escolaridade, ao desemprego e ao baixo nível socioeconômico, considerando o sistema de classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012). A

pobreza se constitui como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais, especificamente a diminuição dos níveis de escolaridade e renda. As mulheres com baixa escolaridade e economicamente desfavorecidas possuem maior risco de apresentar depressão (DO PRADO; CALAIS; CARDOSO, 2017; MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).



**Ilustração 3 - Prevalência de transtornos depressivos (% da população), pela Região da OMS.** Fonte: World Health Organization (2017) - Depression and other common mental disorders: global health estimates.

A Figura 3 evidencia que a depressão atinge mais as mulheres, por região da WHO e no mundo. Coerente com esse achado, Silva, Galvão, Martins e Pereira (2014) estimaram a prevalência de sintomas depressivos e transtorno depressivo maior, por meio de revisão sistemática da literatura de estudos transversais com amostras de adultos brasileiros. Dos 2.971 registros recuperados, 27 estudos avaliaram a prevalência de morbidade de depressão em 464.734 indivíduos (66% mulheres). Concluiu-se que a morbidade da depressão era comum entre os adultos brasileiros e

que afetava mais mulheres (11,3%; IC de 95%: 9,4; 13,2) do que homens (4,0%; IC de 95%: 2,8; 5,3).

Stopa et al. (2015), reportaram a prevalência da depressão na população adulta brasileira segundo fatores sociodemográficos, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - inquérito de base populacional. A prevalência de depressão em adultos no Brasil foi de 7,6% (IC de 95%: 7,2; 8,1), sendo maior em mulheres (10,9%; IC de 95%: 10,3; 11,6) e em indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto, 8,6% (IC de 95%: 7,9; 9,3).

Bem, mas como a pobreza pode influenciar o desenvolvimento de Episódio Depressivo Maior (EDM)? A abordagem da causalidade social estabelece que a pobreza e a classe social (baixa) dão origem a uma má saúde mental (ALMEIDA-FILHO et al., 2004). Almeida-Filho et al. (2004) há muito destacaram a associação entre a desigualdade social e doenças mentais. A desigualdade social pode ser compreendida como uma variedade de dimensões, incluindo sexo, raça/etnia e classe social. Abordaremos aqui, o sexo feminino e a classe social, que mais adiante será tratada em termos de nível socioeconômico ou vulnerabilidade social.

No que diz respeito ao sexo, ainda é pertinente e atual o interesse em explicar porque a depressão é mais frequente entre as mulheres. E, mais ainda, explicar o efeito da depressão materna na deficiência de desenvolvimento de crianças. As explicações sociopsicológicas para este padrão concentraram-se na maior exposição das mulheres à adversidade psicossocial, na notificação dos sintomas nas mulheres em estágios anteriores ao transtorno. Bem como diferenças nas respostas ao estresse, que refletem as diferenças de sexo nas expectativas de papéis sociais. Outro aspecto importante é a questão das diferenças de sexo nas demandas do mercado de trabalho e a participação na população economicamente ativa. A interação entre nível socioeconômico e sexo como determinantes de transtornos depressivos representam processos complexos que são, também, dependentes do desemprego e da exclusão social como mecanismos subjacentes à explicação das desigualdades em saúde mental (ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

A associação entre nível socioeconômico e depressão materna em relação a deficiência de desenvolvimento não parece tão clara. Note que Halpern et al. (2000) reportaram que as crianças que tinham maior risco de suspeita de atraso em seu



desenvolvimento foram as mais pobres, as que haviam nascido com baixo peso, as que apresentaram idade gestacional menor do que 37 semanas, as que tinham mais de três irmãos e as que haviam recebido leite materno por menos de três meses ou não haviam sido amamentadas. A depressão materna não foi avaliada. Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) reportam que o desenvolvimento da criança está associado a situação ocupacional da mãe (empregada – como fator de proteção) e transtorno mental comum (TMC – como fator de risco). Coelho et al. (2016) demonstraram que os fatores de riscos avaliados (problemas na gestação, problemas no parto, prematuridade, peso baixo no nascimento, icterícia grave neonatal, hospitalização neonatal, doenças graves, deficiência ou doença mental na família e fatores de risco ambiental), não apresentaram diferenças estatísticas significantes quando associados ao desenvolvimento.

Até o presente falou-se apenas dos fatores de risco. Então, é demandado tecer algumas considerações sobre fatores de proteção. Por exemplo, Ribeiro, Perosa e Padovani (2014), reportam que a mãe trabalhar fora se constitui em fator de proteção, reduzindo a probabilidade de risco para o desenvolvimento da criança (OR = 0,09, IC de 95%: 0,01, 0,72). Portanto, parece razoável considerar que fazer parte de programas do governo, como o Bolsa Família, configura fator de proteção, principalmente por se tratar de uma população de baixo nível socioeconômico. Assume-se aqui a suposição de que esse tipo de assistência traz benefícios não só para as crianças, mas para as mães que estão inscritas no programa bolsa família, principalmente.

Para além dos aspectos relacionados aos fatores de risco e proteção, é pertinente citar o fundamental papel da intervenção. Neste particular, a pediatria desempenha um papel imprescindível na intervenção dos problemas de saúde mental e desenvolvimento da criança. O pediatra pode ser considerado como a maior fonte de informações dos pais em relação ao padrão evolutivo de seus filhos e, também, o profissional que mais precocemente pode identificar as situações de risco (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Halpern e Figueiras (2004) reportam o impacto positivo que os programas de intervenção precoce têm mostrado em relação ao desenvolvimento da criança. Tal fato justifica a necessidade da identificação precoce das crianças com risco de atraso.

Não por acaso, a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança recomenda a vigilância do desenvolvimento infantil.

Considerando a pertinência da abordagem da causalidade social para explicar a deficiência de desenvolvimento e sua associação com a pobreza, é pertinente apresentar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (COSTA; MARGUTI, 2015). Justifica-se o seu uso pelo fato de o IVS contribuir para compreensão da magnitude da vulnerabilidade social do contexto onde essa pesquisa foi realizada, isto é, o IVS do Estado de Alagoas e de Maceió. A seguir tem-se a definição e operacionalização do IVS.

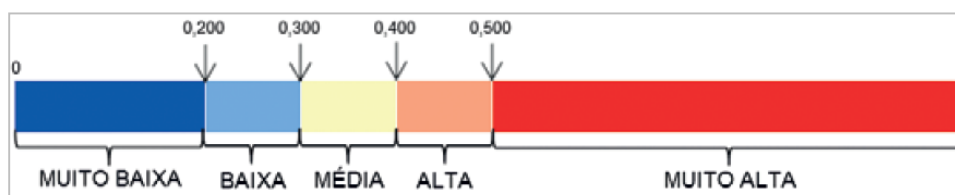
#### **1.4 Índice de Vulnerabilidade Social**

As noções de “exclusão” e de “vulnerabilidade social” têm sido cada vez mais utilizadas por pesquisadores, com o objetivo de ampliar o entendimento das situações tradicionalmente definidas como de pobreza, buscando exprimir uma perspectiva ampliada - complementar àquela atrelada à questão da insuficiência de renda (IPEA, 2015). Em resumo, a “definição de vulnerabilidade social em que este IVS se ancora diz respeito, precisamente, ao acesso, à ausência ou à insuficiência de tais ativos, constituindo-se, assim, num instrumento de identificação das falhas de oferta de bens e serviços públicos no território nacional” (COSTA; MARGUTI, 2015, p. 13). O IVS possui três dimensões que “correspondem a conjuntos de ativos, recursos ou estruturas, cujo acesso, ausência ou insuficiência indicam que o padrão de vida das famílias encontra-se baixo, sugerindo, no limite, o não acesso e a não observância dos direitos sociais” (COSTA; MARGUTI, 2015, p. 13). Essas dimensões são descritas na Figura 4.

<b>IVS Infraestrutura Urbana</b>	O subíndice que contempla a vulnerabilidade de infraestrutura urbana procura refletir as condições de acesso aos serviços de saneamento básico e de mobilidade urbana, dois aspectos relacionados ao lugar de domicílio das pessoas e que impactam significativamente seu bem-estar.
<b>IVS Capital Humano</b>	O subíndice referente a capital humano envolve dois aspectos (ou ativos e estruturas) que determinam as perspectivas (atuais e futuras) de inclusão social dos indivíduos: saúde e educação.
<b>IVS Renda e Trabalho</b>	A vulnerabilidade de renda e trabalho, medida por este subíndice, agrupa não só indicadores relativos à insuficiência de renda presente (percentual de domicílios com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a meio salário mínimo de 2010), mas incorpora outros fatores que, associados ao fluxo de renda, configuram um estado de insegurança de renda: a desocupação de adultos; a ocupação informal de adultos pouco escolarizados; a dependência com relação à renda de pessoas idosas; assim como a presença de trabalho infantil.

**Ilustração 4 - Dimensões do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).** Fonte: Costa e Marguti (2015).

O IVS é um índice que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social (ver Figura 5). IVS entre 0 e 0,200, indica  *muito baixa*  vulnerabilidade social. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam  *baixa*  vulnerabilidade social. IVS entre 0,301 e 0,400 são de  *média*  vulnerabilidade social e entre 0,401 e 0,500 são considerados de  *alta*  vulnerabilidade social. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município possui  *muito alta*  vulnerabilidade social (IPEA, 2015).



**Ilustração 5 - Faixas do Índice de Vulnerabilidade Social.** Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2015).

**Tabela 2.** Índice de Vulnerabilidade Social do Brasil, de Alagoas e Maceió

	<b>IVS 2010</b>	<b>IVS Infraestrutura Urbana</b>	<b>IVS Capital Humano</b>	<b>IVS Renda e Trabalho</b>
Brasil	0,326	0,295	0,362	0,320
Alagoas	0,461	0,324	0,563	0,495
Maceió	0,393	0,399	0,424	0,355

Fonte. <http://ivs.ipea.gov.br/ivs/pt/consulta/>

Em comparação com o IVS 2010 do Brasil (0,326), Alagoas apresenta maior IVS, tanto no geral (0,461) quanto nos específicos (Infraestrutura Urbana = 0,324, Capital Humano = 0,563, Renda e Trabalho 0,495), com destaque para o IVS Capital Humano (inclusão social dos indivíduos: saúde e educação) que foi de 0,563, isto é, muito alta vulnerabilidade social. O IVS Renda e Trabalho (0,495; indicadores relativos à insuficiência de renda) ficou no limite entre alta e muita alta vulnerabilidade social. A Capital Maceió, apresentou, igualmente, IVS tanto no geral (0,393) quanto nos específicos (Infraestrutura Urbana = 0,399, Capital Humano = 0,424, Renda e Trabalho 0,355), maiores que o Brasil. Com destaque para o IVS Capital Humano (inclusão social dos indivíduos: saúde e educação) que foi de 0,424, isto é, alta vulnerabilidade social.

Ainda que o IVS seja uma medida mais macro em termos de nível socioeconômico, e, portanto, não representa o indivíduo estudado, permite inserir os participantes deste estudo em um contexto socioeconômico mais detalhado tal como descrito acima. Para especificar o nível socioeconômico das díades, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Este instrumento será melhor descrito na seção do método. Esta operacionalização do nível socioeconômico já foi utilizada em recente estudo que avaliou o desempenho cognitivo de pré-escolares com baixa estatura em tratamento de recuperação nutricional (SILVA et al., 2018). Trata-se de operacionalização com forte sustentação teórica e metodológica, tendo-se mostrado consistente em termos de validação com as análises realizadas para as categorias de consumo analisadas (KAMAKURA; MAZZON, 2015).

Diante do que foi apresentado, parece coerente depreender que vulnerabilidade social implica em problemas de desenvolvimento e que a vulnerabilidade associada a depressão materna pode potencializar o maior risco de problemas de desenvolvimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a associação do baixo nível socioeconômico e da depressão materna com o comprometimento cognitivo em crianças de 6 a 36 meses, em díades (mãe-criança) atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA.

### **2.3 Específicos**

- (1) Investigar a associação entre baixo nível socioeconômico e depressão/risco de suicídio materno.
- (2) Examinar a relação entre a depressão materna e o risco de suicídio materno.
- (3) Identificar a proporção de crianças com comprometimento cognitivo.
- (4) Averiguar a proporção de mães com EDM e RS.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal com díades (mãe-criança) de baixa renda, atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA.

#### **3.2 Hipóteses**

- (1) O comprometimento cognitivo na criança está associado ao baixo nível socioeconômico.
- (2) O comprometimento cognitivo na criança está associado ao episódio depressivo maior materno.
- (3) O comprometimento cognitivo na criança está associado ao risco de suicídio materno.
- (4) O episódio depressivo maior materno está associado ao baixo nível socioeconômico.
- (5) O risco de suicídio materno está associado ao baixo nível socioeconômico.
- (6) O risco de suicídio materno está associado ao episódio depressivo maior materno.

#### **3.3 Participantes**

Contou-se com uma amostra de 69 díades (mãe-criança). As participantes foram contatadas no setor de puericultura e pediatria do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA. O sistema de amostragem adotado foi não probabilístico, isto é, de conveniência, tendo a participação de mulheres que, convidadas, aceitaram colaborar voluntariamente e permitiram a participação de seus filhos.

### 3.4 Critérios de Inclusão

Foram incluídas à amostra: (a) mães de baixa renda atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; (b) mães entre 18 e 35 anos; (c) crianças entre 6 e 36 meses acompanhadas pela mãe.

### 3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas da amostra aquelas mulheres que apresentaram algum dos seguintes critérios: (a) idade menor que 18 anos ou maior que 35 anos; (b) histórico de lesões cranioencefálicas com perda de consciência; (c) histórico de acidente vascular cerebral (AVC); (d) histórico de abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Foram excluídas da amostra aquelas crianças que apresentaram algum dos seguintes critérios: (a) idade igual ou menor que 6 meses ou maior que 36 meses; (b) histórico de doenças graves e/ou internação na UTI (por exemplo, hidrocefalia mielomeningocele, megacolon, onfalocele); (c) crianças acompanhadas de cuidadoras (por exemplo, avó, tia).

### 3.6 Instrumentos

3.6.1 Nível socioeconômico. Foi avaliado por meio do questionário de estratificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (KAMAKURA; MAZZON, 2015) (ver Anexo 1).

#### **Cortes do Critério Brasil**

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>	<b>Estrato Sócio Economico</b>	<b>Renda média Domiciliar</b>
A	45 - 100	A	20.888
B1	38 - 44	B1	9.254
B2	29 - 37	B2	4.852
C1	23 - 28	C1	2.705
C2	17 - 22	C2	1.625
D-E	0 - 16	D-E	768
		<b>TOTAL</b>	<b>3.130</b>

**Ilustração 6 - ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015).** Fonte: Kamakura e Mazzon (2015).



3.6.2 Episódio Depressivo Maior (EDM) e Risco de Suicídio (ver Anexo 2). Avaliou-se por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus* (MINI PLUS). Utilizou-se a versão em português, adaptada e validada para o contexto brasileiro (AMORIM, 2000). O MINI PLUS é um instrumento utilizado para entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-V e da CID-10, e é adequado para o contexto de pesquisa clínica e epidemiológica.

3.6.3 Desenvolvimento Cognitivo Infantil (ver Anexo 3). A avaliação do desenvolvimento das crianças foi feita por meio do Teste de Triagem Denver II, permitindo identificar crianças cujo desenvolvimento se desvia do padrão de desenvolvimento de outras crianças da mesma faixa etária. Esse teste avalia quatro áreas: pessoal-social, motora fina adaptativa, linguagem e motora grossa. É composto por 125 itens representados por uma barra que contém as idades em que 25%, 50%, 75% e 90% das crianças estudadas apresentaram as habilidades sugeridas. Para realização do teste, as idades das crianças foram calculadas em meses e uma linha vertical foi traçada na idade correspondente. Foram avaliados os itens que passavam pela linha e pelo menos três itens de cada área que se encontravam totalmente a esquerda da linha. Em função da dificuldade para adquirir o kit original do teste, para esta pesquisa o kit foi confeccionado com materiais adaptados, obedecendo as normas e descrições que constam no manual do teste. Os materiais utilizados no teste foram: pompom de lã; uva passa; chocalho de cabo fino; 8 blocos quadrados coloridos; um copo pequeno; sino pequeno; colher de plástico, bolas coloridas (do tamanho de uma bola de tênis); lápis vermelho; boneca de plástico com mamadeira; caneca de plástico com alça; livro com imagens de frutas e animais; pente de plástico; telefone de brinquedo; folha de papel em branco e folhas do teste. A duração do teste variou entre 20 e 30 minutos, levando-se em conta o tempo de sua aplicação e interpretação. Para a interpretação, cada item recebeu um escore que pode ser: “P” passa, “F” falha. Esses escores foram considerados como: Atraso - quando a criança falhou em um item que se situa completamente a esquerda da linha da idade; e Cautela - quando a criança falhou ou se recusou a fazer um item no qual a linha da idade passa sobre ou entre os percentis 75 e 90%. Por fim, a fase final da interpretação do teste se deu a partir do total dos escores de Atraso e Cautela, categorizando-as como: Normal –

quando não havia nenhum atraso ou, no máximo, uma cautela; e Suspeito – quando havia um ou mais atrasos e/ou duas ou mais cautelas (HALPERN et al., 2000; MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; COELHO et al. 2016).

### **3.7 Procedimentos**

As participantes foram contatadas no setor de puericultura e pediatria do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, localizado na cidade de Maceió – AL, trata-se de hospital ensino, único no Estado de Alagoas para este tipo de atendimento. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) (CAAE: 57206016.2.0000.5013).

Num primeiro momento, as mães, convidadas a fazer parte da pesquisa, que aceitaram participar, foram esclarecidas quanto ao anonimato e sigilo de suas respostas e foram requeridas a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (além do TCLE pai/responsável, pois envolveu a participação de crianças com menos de três anos de idade). Foi garantido o caráter voluntário da participação, bem como o respeito às diretrizes Éticas que regem a pesquisa com seres humanos.

Num segundo momento, a pesquisadora 1 (estudante de medicina previamente treinada) aplicava os questionários nível socioeconômico e o MINI-PLUS nas mães e, concomitantemente, a pesquisadora 2 (com formação em psicologia e previamente treinada) realizava a aplicação do Denver II nas crianças. Este último procedimento durava cerca de 35 minutos.

### **3.8 Variáveis preditoras e variáveis de desfecho**

Considerando a variável preditora nível socioeconômico para as variáveis de desfecho comprometimento cognitivo da criança, episódio depressivo maior (EDM) e risco de suicídio (RS) materno, optou-se por considerar o estrato mais baixo D-E como sendo o marcador de risco. Portanto, o estrato D-E é considerado como sendo a presença do fator de risco (1 = Sim) e os demais como a ausência do fator de risco (0

= Não). Igualmente, para o comprometimento cognitivo (Denver “suspeito”) - desfecho positivo foi computado como 1 (Sim) e desfecho negativo como 0 (Não). Com relação ao Episódio Depressivo Maior, o mesmo, a presença é computada como 1 (Sim) e a ausência como 0 (Não). Note que esta variável também foi utilizada como preditora do Risco de suicídio materno. A presença de RS (baixo, moderado ou alto) foi considerado como sendo “desfecho positivo” (1 = Sim). Já as mulheres que não apresentaram risco de suicídio, considerou-se como sendo o “desfecho negativo” (0 = Não). As demais variáveis (preditoras) foram computadas da seguinte forma: Bolsa família – a ausência de inscrição no programa foi considerado como fator de risco, sendo computado como 1 (Não); Nasceu no tempo certo – as crianças que não nasceram no tempo certo foram categorizadas como sendo 1 (Não) – fator de risco positivo; Complicação ao nascer – as crianças que apresentaram complicações ao nascer foram categorizadas como sendo 1 (Sim) – fator de risco positivo. Número de filhos – mães com dois ou mais filhos foram categorizadas como sendo 1 (Sim) – fator de risco positivo; Trabalha fora de casa – as mães que trabalham fora foram categorizadas como sendo 1 (Sim) – fator de proteção; pais moram juntos – a ausência do pai foi computado como 1 (Sim) - fator de risco. Idade da criança – considerou-se a mediana (22 meses) como ponto de corte, sendo as crianças de 22 até 36 meses categorizadas como 1 (Sim) – presença do fator de risco. Comorbidade EDM/RS – esta variável foi criada a partir das variáveis EDM e RS materno, sendo as mães com apenas EDM ou RS computadas como sendo 1 (Sim) – presença do fator de risco; bem como, aquelas que apresentaram EDM e RS, simultaneamente. Note que este procedimento adotado não aumenta a frequência do marcador de problema de saúde mental materno. Permitiu, apenas, contabilizar as mães com EDM ou RS e as mães com EDM e RS.

As variáveis preditoras foram selecionadas com base em estudos anteriores e intuídas:

**(a) Halpern et al. (2000):** Fatores Socioeconômicos - renda familiar e escolaridade dos pais. Fatores reprodutivos – idade materna, intervalo interpartal, paridade e assistência pré-natal. Fatores ambientais – moradia, saneamento, aglomeração, estado civil da mãe, cor da mãe, fumo durante a gestação, apoio durante a gestação. Condições ao nascer – peso ao nascer, perímetro cefálico, idade gestacional, retardo no crescimento intrauterino, proporcionalidade do recém-nascido,

morbidade neonatal. Atenção à criança – vacinação, cuidados paternos, visitas de puericultura, creche, trabalho materno, gravidez atual, aleitamento materno. Nutrição – estado nutricional aos 6 meses índice peso/idade, altura/idade, peso/altura. Morbidade – internação hospitalar no 1º ano de vida.

**(b) Ribeiro, Perosa e Padovani (2014):** Riscos biológicos – acontecimentos pré, peri e pós-natais como prematuridade, baixo peso ao nascimento, complicações no parto e na gravidez. Risco ambiental - baixo nível socioeconômico, a escolaridade e a fragilidade nos vínculos familiares.

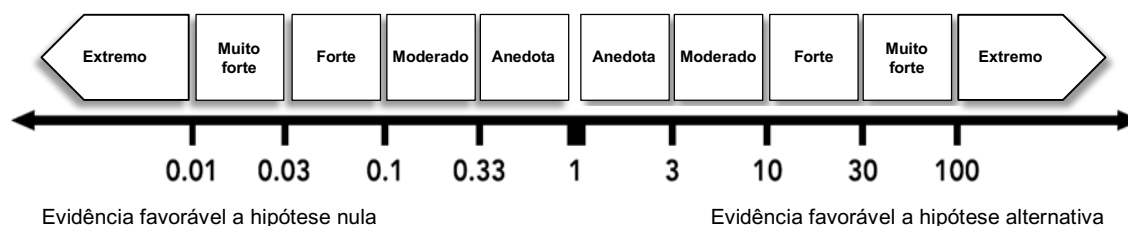
**(c) Coelho et al. (2016):** problemas na gestação, problemas no parto, prematuridade, peso baixo no nascimento, icterícia grave neonatal, hospitalização neonatal, doenças graves, deficiência ou doença mental na família e fatores de risco ambiental.

### 3.9 Análise de dados

Para análise dos dados, utilizou-se o software IBM SPSS 22. Foram geradas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra (média, desvio-padrão, frequência e percentual). Verificou-se, por meio de regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*), qual o grau de explicação para a presença/ausência de comprometimento cognitivo providenciado pelas variáveis antecedentes: bolsa família, nível socioeconômico, comorbidade EDM e RS materna, nasceu no tempo certo e complicação ao nascer. Também, por meio de regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*), verificou-se o grau de explicação para EDM materna providenciado pelas variáveis: bolsa família, número de filhos, trabalha fora de casa, pais moram juntos, nível socioeconômico e idade da criança. Para prever o risco de suicídio, também, realizou-se uma regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*). Utilizou-se como variáveis preditoras: bolsa família, número de filhos, trabalha fora de casa, pais moram juntos, nível socioeconômico, idade da criança e EDM materna. Para esse bloco de análise adotou-se o nível de significância de 0,05.

Após esta etapa, e identificadas as variáveis explicadoras com significância estatística, procedeu-se a análises bayesianas por meio do programa Jasp - JASP

Team (2018). JASP (Version 0.9) [Computer software]. Especificamente, utilizou-se o *bayesian contingency table* equivalente ao teste de qui-quadrado da estatística frequentista. A abordagem bayesina tem sido amplamente recomendada e fornece vantagens adicionais aos testes de hipótese clássicos (para mais detalhes, ver Quintana, Williams, 2018). Os possíveis resultados do Bayes Factor ( $BF_{10}$ ) podem ser atribuídos a três categorias distintas: (1) evidência em favor de  $H_1$  (ou seja, evidência em favor da presença de um efeito); (2) evidência em favor de  $H_0$  (isto é, evidência em favor da ausência de um efeito); (3) evidência que não favorece nem  $H_1$  nem  $H_0$  (WAGENMAKERS et al, 2018). Para este estudo, adotou-se o critério de classificação reportado por Quintana e Williams (2018): valores específicos de  $BF_{10}$  podem ser considerados “anedóticos”, “moderados”, “fortes”, “muito fortes” ou “extremos”. Este procedimento facilita a comunicação científica, uma vez que fornece orientação em um contínuo para a interpretação do  $BF_{10}$ . Adota-se como referência a Figura 7, adaptada de



**Ilustração 7 - Esquema de classificação para interpretação do  $BF_{10}$ .** Fonte: Quintana e Williams (2018).

Além disso, foi reportado o *Odds Ratio* (OR), que é uma medida da força da associação entre a presença de um fator e a ocorrência de um evento. Para esta medida o tamanho do efeito considerado foi:  $< 1,5$  = “trivial”,  $1,5$  = “pequeno”,  $3,5$  = “médio” e  $9$  = “grande” (GOSS-SAMPSON, 2018).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De início, a amostra era de 96 díades, ao aplicar os critérios de exclusão restaram 69 díades. Cinco casos foram retirados da amostra, visto que as crianças apresentavam problemas graves de saúde ou internação – restaram 91. Considerou-se apenas as crianças acima de 6 meses de idade dada a dificuldade de avaliá-las com o Denver – restaram 75. Três casos foram desconsiderados pela ausência materna durante a coleta – restaram 72. Por fim, três mães foram desconsideradas por terem mais de 35 anos de idade.

Primeiro, buscou-se conhecer a estimativa da proporção de casos de crianças com comprometimento cognitivo e casos de mães com EDM e RS na amostra. As Tabelas 3 e 4 apresentam a estimativa destas proporções e dados gerais das díades (mãe-criança).

**Tabela 3.** Dados gerais das crianças

<b>Crianças</b>	
Idade (em meses)	21,9±10,87
Idade categorizada	
Até 21 meses	34 (49,3%)
De 22 até 36 meses	35 (50,7%)
Sexo	
Feminino	23 (33,3%)
Masculino	46 (66,7%)
Comprometimento cognitivo	39 (56,5%)
Nasceu a termo	59 (85,5%)
Complicações ao nascer	20 (29,0%)

**Nota.** Os dados foram expressos como média ± desvio padrão, frequência (percentual).

A estimativa da proporção para o comprometimento cognitivo foi de 56,5% (IC de 95%: 44,8, 68,2). Esse resultado supera os reportados por: Maria-Mengel e Linhares (2007) que foi de 33%; Ribeiro, Perosa e Padovani (2014), que foi de 43,1%;

e, Coelho et al. (2016), que foi de 32%.

**Tabela 4.** Dados gerais das mães

<b>Mães</b>	
Idade (em anos)	26,33±5,11
Número de filhos	1,53±0,74
Trabalha fora	16 (23,2%)
Pais vivem juntos	50 (72,5%)
Recebe bolsa família	40 (58%)
Classe	
D-E	37 (53,6%)
C2	24 (34,8%)
C1	7 (10,1%)
B2	1 (1,4%)
Episódio Depressivo Maior Atual	25 (36,2%)
Risco de Suicídio Atual	15 (21,7%)

**Nota.** Os dados foram expressos como média ± desvio padrão, frequência (percentual)

A estimativa da proporção para o Episódio Depressivo Maior foi de 36,3% (IC de 95%: 24,9, 47,6). O achado deste estudo é superior ao reportado por Silva, Galvão, Martins e Pereira (2014): a morbidade da depressão em mulheres foi de 11,3% (IC de 95%: 9,4, 13,2). Igualmente, quando comparado ao achado reportado por Stopa et al. (2015) de 10,9% (IC de 95%: 10,3; 11,6).

Quanto ao Risco de Suicídio, a estimativa da proporção foi de 21,8% (IC de 95%: 12,0, 31,5). Inferior ao achado de tentativas de suicídio reportado por Santos, Lovisi, Legay e Abelha (2009) que foi de 33,3% (IC de 95%: 22,0; 46,7). Mesmo assim, o risco de 21,8% é preocupante e demandaria maiores cuidados a essa população.

De modo geral, as proporções encontradas neste estudo são consideráveis e chama a atenção para que estas mães e crianças sejam assistidas e estimuladas precocemente.

Com o objetivo de avaliar a associação do baixo nível socioeconômico e da saúde mental materna (EDM e/ou RS) com o comprometimento cognitivo da criança,

realizou-se uma análise de regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*). Considerou-se, também, as variáveis preditoras: bolsa família, nasceu no tempo certo e complicações ao nascer.

**Tabela 5.** Modelo de regressão logística predizendo Denver suspeito

		B	EP	valor-p	Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
						LI	LS
1	Bolsa família	0,08	0,53	0,874	1,08	0,38	3,11
	Nível socioeconômico	0,98	0,51	0,056	2,67	0,97	7,35
	Comorbidade EDM RS	0,12	0,53	0,819	1,13	0,39	3,25
	Nasceu no tempo certo	0,06	0,83	0,936	1,06	0,20	5,45
	Complicação ao nascer	-0,13	0,62	0,831	0,87	0,26	2,95
	Constant	-0,30	0,53	0,564	0,73		
2	Bolsa família	0,09	0,53	0,864	1,09	0,38	3,10
	Nível socioeconômico	0,99	0,50	0,051	2,69	0,99	7,29
	Comorbidade EDM RS	0,11	0,53	0,825	1,12	0,39	3,20
	Complicação ao nascer	-0,11	0,55	0,843	0,89	0,30	2,64
	Constant	-0,30	0,53	0,563	0,73		
3	Nível socioeconômico	0,98	0,50	0,051	2,66	0,99	7,13
	Comorbidade EDM RS	0,09	0,51	0,854	1,09	0,39	3,02
	Complicação ao nascer	-0,10	0,55	0,846	0,89	0,30	2,64
	Constant	-0,25	0,43	0,555	0,77		
4	Nível socioeconômico	0,98	0,50	0,049	2,68	1,00	7,16
	Complicação ao nascer	-0,11	0,55	0,838	0,89	0,30	2,62
	Constant	-0,22	0,38	0,571	0,80		
5	<b>Nível socioeconômico</b>	<b>0,98</b>	<b>0,50</b>	<b>0,049</b>	<b>2,67</b>	<b>1,00</b>	<b>7,14</b>
	Constant	-0,25	0,35	0,481	0,77		

(Cox & Snell)  $r^2 = 0,05$

(Nagelkerke)  $r^2 = 0,07$

$\chi^2 (2) = 3,99; p = 0,046$

Nota: B = coeficiente de regressão; EP = erro padrão; Exp(b) = mudança nas chances – equivalente ao *Odd Ratio*; IC = Intervalo de Confiança; LI = limite inferior; LS = limite superior;  $r^2$  = medida de variância explicada.

No modelo de regressão logística (Tabela 5), a variável que apresentou associação independente com o comprometimento cognitivo foi o nível socioeconômico (OR = 2,67; IC de 95% = 1,00, 7,14;  $p = 0,049$ ). O modelo 5 é capaz de explicar 7% [(Nagelkerk)  $r^2 = 0,07$ ] das variações registradas na variável



dependente. As demais variáveis testadas não demonstraram associação com o comprometimento cognitivo na regressão logística. Deste modo, a hipótese 1 (O comprometimento cognitivo na criança está associado ao baixo nível socioeconômico) foi corroborada. Não se pode dizer o mesmo para as hipóteses 2 (O comprometimento cognitivo na criança está associado ao episódio depressivo maior materno) e 3 (O comprometimento cognitivo na criança está associado ao risco de suicídio materno). Este achado é coerente com aqueles reportados por Halpern et al. (2010) em que a condição socioeconômica apresentou associação com o desenvolvimento da criança. Mas difere do resultado reportado por Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) em que o transtorno mental comum demonstrou associação com o desenvolvimento da criança – ainda que o EDM e o RS não tenham sido avaliados tal com neste estudo. Mas, se considerarmos os achados de Coelho et al. (2016), em que se considerou a saúde mental da mãe, também não houve associação entre os fatores de risco e o desenvolvimento da criança. Portanto, o argumento de Garg et al. (2015) de que o status socioeconômico e a depressão materna são determinantes que atuam de modo independente, e estão associados ao prejuízo à saúde e/ao desenvolvimento das crianças parece verdadeiro ao se considerar os achados deste estudo. Pois, como já foi dito, a depressão materna e o risco de suicídio não explicam o comprometimento cognitivo das crianças para a amostra aqui estudada.

Note que uma possível justificativa é que as mães estudadas foram acessadas no setor de pediatria e levando seus filhos para atendimento médico. Tal fato sugere que as mães, mesmo com indicativo de depressão, prestam cuidados aos seus filhos.

Uma pergunta fica em aberto: e aquelas mães que não se inclinam aos cuidados de seus filhos e que apresentam depressão? Para responder esta pergunta seria demandado acessar as mães em domicílio ao invés de no hospital. Certamente, as mães aqui estudadas apresentam a idiosincrasia de cuidar dos filhos em maior intensidade. Talvez aquelas não acessadas no hospital, não o fazem por incapacidade em decorrência do comprometimento da depressão.

Esta suposição parece suportada pelo argumento de Motta, Lucion e Manfro (2005) ao destacar que o estilo de interação emocional ao qual o bebê está exposto pode ser mais crítico que o diagnóstico de depressão materna em si. Em pesquisas futuras é necessário considerar descritores do padrão de cuidados com as crianças e

apoio da família, além do *Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus* (MINI PLUS) - instrumento utilizado para entrevista diagnóstica padronizada breve.

**Tabela 6.** Associação do nível socioeconômico com o comprometimento cognitivo

Denver suspeito						
Nível socioeconômico	Não	Sim	OR	LI	LS	BF <sub>10</sub>
Demais classes	18(56,3%) <sub>a</sub>	14(43,8%) <sub>b</sub>	2,67	1,00	7,14	3,94
Classe D-E	12(32,4%) <sub>a</sub>	25(67,6%) <sub>b</sub>				

Observa-se que, de fato, a hipótese de diferença ( $H_+$ ) é 3,94 ( $BF_{10} = 3,94$ ) vezes mais provável do que a hipótese de não diferença ( $H_0$ ). O efeito em favor da hipótese de diferença é moderado, de acordo com a classificação do  $BF_{10}$ . Baseado no OR, as crianças em vulnerabilidade socioeconômica tiveram 2,67 (IC de 95%: 1,00; 7,14) mais chances de apresentar comprometimento cognitivo do que as que não estavam em situação de vulnerabilidade – com tamanho de efeito mediano para o OR. Conclui-se, portanto, que a vulnerabilidade socioeconômica aumenta o risco de comprometimento cognitivo.

Avaliou-se a associação do baixo nível socioeconômico com o EDM materno, também por meio de uma análise de regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*). Foram incluídas na análise as variáveis preditoras: bolsa família, número de filhos, trabalha fora de casa, pais moram juntos e idade da criança (Tabela 7).

**Tabela 7.** Modelo de regressão logística predizendo EDM

		B	EP	valor-p	Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
						LI	LS
1	Bolsa família	-0,82	0,57	0,155	0,43	0,14	1,36
	Número de filhos	0,11	0,55	0,834	1,12	0,37	3,33
	Trabalha fora de casa	-0,97	0,72	0,175	0,37	0,09	1,54
	Pais moram juntos	0,24	0,61	0,689	1,28	0,38	4,31
	Nível socioeconômico	-0,14	0,55	0,796	0,86	0,29	2,55
	Idade da criança	1,27	0,57	0,026	3,58	1,16	11,07
	Constant	-0,76	0,61	0,213	0,46		
2	Bolsa família	-0,83	0,57	0,148	0,43	0,14	1,34
	Trabalha fora de casa	-0,99	0,71	0,164	0,36	0,09	1,50
	Pais moram juntos	0,24	0,61	0,696	1,27	0,38	4,27
	Nível socioeconômico	-0,13	0,54	0,807	0,87	0,29	2,56
	Idade da criança	1,28	0,57	0,024	3,63	1,18	11,16
	Constant	-0,71	0,56	0,207	0,48		
3	Bolsa família	-0,81	0,57	0,153	0,44	0,14	1,35
	Trabalha fora de casa	-0,99	0,71	0,164	0,37	0,09	1,50
	Pais moram juntos	0,24	0,61	0,689	1,28	0,38	4,28
	Idade da criança	1,27	0,57	0,025	3,59	1,17	10,99
	Constant	-0,79	0,47	0,097	0,45		
4	Bolsa família	-0,84	0,57	0,137	0,42	0,14	1,30
	Trabalha fora de casa	-0,95	0,70	0,175	0,38	0,09	1,52
	Idade da criança	1,30	0,57	0,022	3,67	1,20	11,21
	Constant	-0,73	0,45	0,104	0,48		
5	Bolsa família	-0,93	0,55	0,096	0,39	0,13	1,17
	<b>Idade da criança</b>	<b>1,10</b>	<b>0,54</b>	<b>0,041</b>	<b>3,03</b>	<b>1,04</b>	<b>8,75</b>
	Constant	-0,80	0,44	0,074	0,44		

(Cox & Snell)  $r^2 = 0,10$   
(Nagelkerke)  $r^2 = 0,13$   
 $\chi^2 (2) = 7,31; p = 0,026$

Nota: B = coeficiente de regressão; EP = erro padrão; Exp(b) = mudança nas chances – equivalente ao *Odd Ratio*; IC = Intervalo de Confiança; LI = limite inferior; LS = limite superior;  $r^2$  = medida de variância explicada.

No modelo de regressão logística (Tabela 7), a variável que apresentou associação independente com EDM materno foi a idade da criança (OR = 3,03; IC de 95% = 1,04, 8,75;  $p = 0,041$ ). O modelo 5 é capaz de explicar 13% [(Nagelkerk)  $r^2 = 0,13$ ] das variações registradas na variável dependente. As demais variáveis testadas não demonstraram associação com o EDM materno na regressão logística. Depreende-se que a chance de uma mãe desenvolver EDM é 3,03 vezes maior quando o filho apresenta a idade entre 22 e 36 meses – nesta amostra. Note que a

variável bolsa família permaneceu no modelo 5. Com isso, a hipótese 4 (O episódio depressivo maior materno está associado ao baixo nível socioeconômico) foi parcialmente confirmada, pois não há significância estatística para a variável bolsa família ( $p = 0,096$ ) - que também é um indicador de vulnerabilidade econômica – neste caso seria um fator de proteção estar inscrita em um programa de assistência. Mas, por ter permanecido no modelo, consideramos a pertinência de testar seu efeito na interação entre idade da criança e EDM materno por meio da tabela de contingência bayesiana (Tabela 8).

**Tabela 8.** Associação da idade da criança e BF com EDM materno

BF	Idade criança	EDM		OR	LI	LS	BF <sub>10</sub>
		Não	Sim				
Sim	Até 21 meses	12(63,2%) <sub>a</sub>	7(36,8%) <sub>a</sub>	1,88	0,53	6,68	0,99
	22 até 36 meses	10(47,6%) <sub>a</sub>	11(52,4%) <sub>a</sub>				
Não	Até 21 meses	14(93,3%) <sub>a</sub>	1(6,7%) <sub>b</sub>	10,5	1,06	103,51	8,54
	22 até 36 meses	8(57,1%) <sub>a</sub>	6(42,9%) <sub>b</sub>				
Total	Até 21 meses	26(76,5%) <sub>a</sub>	8(23,5%) <sub>b</sub>	3,06	1,09	8,62	5,50
	22 até 36 meses	18(51,4%) <sub>a</sub>	17(48,6%) <sub>b</sub>				

Observa-se que a hipótese de diferença ( $H_+$ ) é 8,54 ( $BF_{10} = 8,54$ ) vezes mais provável do que a hipótese de não diferença ( $H_0$ ) para o efeito de interação entre idade da criança e EDM materna por bolsa família. O efeito em favor da hipótese de diferença é moderado de acordo com a classificação do  $BF_{10}$ . Baseado no OR, as mães de crianças entre 22 e 36 meses de idade (que não recebem bolsa família) apresentam 10,5 (IC de 95%: 1,06; 103,51) mais chance de apresentar EDM - com tamanho de efeito grande para o OR. Verificou-se também a existência de efeito principal de associação entre idade da criança e EDM materna - a hipótese de diferença ( $H_+$ ) é 5,50 ( $BF_{10} = 8,54$ ) vezes mais provável do que a hipótese de não diferença ( $H_0$ ). O efeito em favor da hipótese de diferença é moderado. As mães de crianças entre 22 e 36 meses apresentam 3,06 (IC de 95%: 1,09; 7,62) mais chances de apresentar EDM. Portanto, ser mãe de crianças entre 22 e 36 meses e não receber bolsa família aumenta consideravelmente a probabilidade de desenvolver EDM. Com base nesta análise, foi possível corroborar a hipótese 4 (O episódio depressivo maior

materno está associado ao baixo nível socioeconômico). Neste caso, não estar inserida em políticas assistenciais é a causa de vulnerabilidade para problemas de saúde mental, aqui o EDM. Principalmente por se tratar de uma amostra de mulheres de baixa renda. Como já foi dito, o EDM costuma ser mais prevalente entre indivíduos de menor renda e é mais frequente em pessoas do sexo feminino (DO PRADO; CALAIS; CARDOSO, 2017). Supostamente, os cuidados e recursos demandados com crianças entre 22 e 36 meses são mais estressantes do que as crianças com menor quantidade de meses de vida.

Para avaliar a associação entre EDM e nível socioeconômico com RS, realizou-se uma análise de regressão logística (Método *Backward Elimination - Likelihood Ratio*). Considerou-se, também, as variáveis preditoras: bolsa família, número de filhos, trabalha fora de casa, pais moram juntos e idade da criança.

**Tabela 9.** Modelo de regressão logística predizendo risco de suicídio

	B	EP	valor-p	Exp(B)	IC 95% Exp(B)		
					LI	LS	
1	Bolsa família	-0,31	0,83	0,707	0,73	0,14	3,72
	Número de filhos	0,61	0,76	0,420	1,84	0,41	8,21
	Trabalha fora de casa	0,52	1,00	0,602	1,69	0,23	12,14
	Pais moram juntos	0,70	0,82	0,396	2,01	0,39	10,17
	Nível socioeconômico	-0,56	0,75	0,455	0,56	0,12	2,50
	Idade da criança	-0,63	0,85	0,459	0,53	0,09	2,84
	EDM	3,35	0,96	0,000	28,50	4,33	187,51
	Constant	-3,02	1,05	0,004	0,04		
2	Número de filhos	0,63	0,76	0,403	1,88	0,42	8,36
	Trabalha fora de casa	0,45	0,98	0,642	1,57	0,23	10,76
	Pais moram juntos	0,73	0,82	0,370	2,08	0,41	10,43
	Nível socioeconômico	-0,54	0,75	0,467	0,57	0,13	2,52
	Idade da criança	-0,68	0,85	0,424	0,50	0,09	2,69
	EDM	3,42	0,95	0,000	30,67	4,72	199,34
	Constant	-3,17	0,98	0,001	0,04		
3	Número de filhos	0,56	0,74	0,450	1,75	0,41	7,47
	Pais moram juntos	0,77	0,81	0,339	2,17	0,44	10,68
	Nível socioeconômico	-0,58	0,74	0,435	0,55	0,13	2,40
	Idade da criança	-0,58	0,82	0,480	0,55	0,11	2,79
	EDM	3,31	0,91	0,000	27,58	4,62	164,45
	Constant	-3,01	0,90	0,001	0,04		
4	Número de filhos	0,49	0,72	0,499	1,63	0,39	6,80
	Pais moram juntos	0,64	0,79	0,415	1,90	0,40	8,94
	Nível socioeconômico	-0,63	0,73	0,391	0,53	0,12	2,25
	EDM	3,11	0,84	0,000	22,62	4,32	118,39
	Constant	-3,11	0,88	0,000	0,04		
5	Pais moram juntos	0,67	0,77	0,384	1,96	0,42	9,02
	Nível socioeconômico	-0,58	0,73	0,421	0,55	0,13	2,32
	EDM	3,15	0,84	0,000	23,36	4,47	122,03
	Constant	-2,95	0,85	0,001	0,05		
6	Pais moram juntos	0,76	0,76	0,316	2,14	0,48	9,49
	EDM	3,11	0,83	0,000	22,45	4,36	115,61
	Constant	-3,27	0,78	0,000	0,03		
7	<b>EDM</b>	<b>3,10</b>	<b>0,82</b>	<b>0,000</b>	<b>22,20</b>	<b>4,38</b>	<b>112,41</b>
	Constant	-3,02	0,72	0,000	0,04		

(Cox & Snell)  $r^2 = 0,26$ (Nagelkerke)  $r^2 = 0,40$  $\chi^2 (2) = 20,96; p = 0,000$ 

Nota: Nota: B = coeficiente de regressão; EP = erro padrão; Exp(b) = mudança nas chances – equivalente ao *Odd Ratio*; IC = Intervalo de Confiança; LI = limite inferior; LS = limite superior;  $r^2$  = medida de variância explicada; EDM = episódio depressivo maior; RS = risco de suicídio.

No modelo de regressão logística (Tabela 9), a variável que apresentou associação independente com RS foi o EDM materno (OR = 22,20; IC de 95% = 4,38,

112,41;  $p = 0,000$ ). O modelo 7 é capaz de explicar 40% [(Nagelkerk)  $r^2 = 0,40$ ] das variações registradas na variável dependente. As demais variáveis testadas não demonstraram associação com o EDM materno na regressão logística. Conclui-se que as mães com EDM apresentam 22,20 mais chances de RS do que as não depressivas. Buscou-se por meio da tabela de contingência bayesiana (2x2) somar evidência para a associação entre RS e EDM materna (Tabela 10).

**Tabela 10.** Associação do EDM com RS materno

EDM	Risco suicídio		OR	LI	LS	BF10
	Não	Sim				
Não	42(95,5%) <sub>a</sub>	2(4,5%) <sub>b</sub>	22,75	4,49	115,07	13788,34
Sim	12(48,0%) <sub>a</sub>	13(52,0%) <sub>b</sub>				

Observa-se que a hipótese de diferença ( $H_+$ ) é 13788,34 ( $BF_{10} = 13788,34$ ) vezes mais provável do que a hipótese de não diferença ( $H_0$ ). O efeito em favor da hipótese de diferença é extremo. Baseado no OR, as mães com EDM tiveram 22,75 (IC de 95%: 4,49; 115,07) mais chances de apresentar risco de suicídio – com tamanho de efeito grande para o OR.

Desta forma, a hipótese 5 (O risco de suicídio materno está associado ao baixo nível socioeconômico) não foi corroborada, mas a hipótese 6 (O risco de suicídio materno está associado ao episódio depressivo maior materno), sim. As mães com depressão apresentam um notável risco de suicídio independentemente dos demais fatores de risco. Esse achado é coerente com o que foi reportado por Santos et al. (2009). Entretanto, é necessário ponderar que a amostra aqui abordada não conta com mulheres de renda alta. Talvez, por este motivo, não foi possível identificar a explicação para RS pelo fator vulnerabilidade social. Da mesma forma que o nível socioeconômico não explicou o EDM materno.

## 5. CONCLUSÕES

Objetivou-se avaliar a associação do baixo nível socioeconômico e da depressão materna com o déficit cognitivo em crianças de 6 a 36 meses. Conclui-se que a vulnerabilidade socioeconômica aumenta significativamente o risco de comprometimento cognitivo das crianças, mas não esteve associada ao EDM e RS maternos. As mulheres que apresentaram episódio depressivo maior exibem maior risco de suicídio. Estes achados são coerentes com os de outras pesquisas e de amostras equivalentes, em tamanho e características. Contudo, fica evidente a demanda por maior atenção as mulheres e seus filhos em vulnerabilidade socioeconômica. Além disso, evidencia-se a necessidade por implementar ações que tenham por objetivo cuidar das crianças entre 0 e 5 anos de idade.

Como já foi reportado, deficiência é uma questão de desenvolvimento devido à sua ligação bidirecional à pobreza: a deficiência pode aumentar o risco de pobreza e a pobreza pode aumentar o risco de deficiência. As pessoas com deficiência e suas famílias são mais propensas a sofrer desvantagens econômicas e sociais do que aquelas sem deficiência. Com base nesta argumentação e nos achados deste estudo, é recomendado que programas de promoção de saúde contemplem as crianças com risco para o desenvolvimento por meio de estimulação precoce e suas mães recebam assistência quanto a saúde mental, em particular o tratamento para depressão e sistemas de apoio para minorar o risco de suicídio.

É necessário investir, também, na redução do estigma e de seus consequentes, visto que, a longo prazo, as consequências negativas são mais frequentes (por exemplo, exclusão social) e tem reflexos econômicos devido ao impacto negativo no emprego, renda e uso de serviços de saúde. De modo geral, a deficiência e seus estigmas contribuem para a exclusão das pessoas com deficiência/transtorno, assim como a perpetuação do estigma público. Estes aspectos devem fazer parte de uma agenda de pesquisa em conjunto com o diagnóstico e intervenção precoce.

Mesmo admitindo as contribuições teóricas e empíricas desta dissertação sobre a deficiência de desenvolvimento, é necessário reconhecer potenciais limitações. Pode-se destacar o fato de não se ter feito uso de amostra probabilística, e, além disso, considerou-se como participantes dos estudos apenas díades (mãe-criança) de baixo nível socioeconômico, atendidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, por meio de amostra de conveniência (não-probabilística).



É necessário ter em conta a população geral. Sendo assim, os resultados aqui encontrados descrevem o perfil e a associação entre as variáveis estudadas de díades (mãe-criança) de baixo nível socioeconômico, atendidas no HUPAA , e não da população da grande Maceió, e, neste caso, a amostra caracteriza-se por ser de pessoas de baixa renda e com maior vulnerabilidade social de modo geral do que a população de Maceió.

Destaca-se, também, o aspecto relacionado à desejabilidade social frente às perguntas do MINI PLUS e sensibilidade e especificidade limítrofes do Denver II. Entretanto, os aspectos teóricos e empíricos descritos anteriormente apresentam coerência com estudos já realizados nesta área. Assim como, mesmo com estas ponderações, os resultados aqui encontrados não deixam de ser importantes e esclarecedores no que concerne à explicação da deficiência de desenvolvimento a partir do nível socioeconômico e contexto familiar em que as crianças avaliadas estão inseridas. Talvez o caminho mais provável e viável para um próximo estudo seja a adoção de desenho de pesquisa longitudinal por suas vantagens frente ao desenho transversal.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social science & medicine**, v. 59, n. 7, p. 1339-1353, 2004.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, set. 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. 2016.
- BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento**. Artmed Editora, 2016.
- BOS, Arjan ER et al. Stigma: Advances in theory and research. **Basic and applied social psychology**, v. 35, n. 1, p. 1-9, 2013.
- BOTEGA, Neury José et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2632-2638, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- COELHO, Renato et al. Desenvolvimento infantil em atenção primária: uma proposta de vigilância. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 5, p. 505-511, 2016.
- CORRIGAN, Patrick W. The impact of stigma on severe mental illness. **Cognitive and behavioral practice**, v. 5, n. 2, p. 201-222, 1998.
- COSTA, Marco Aurélio; MARGUTI, Bárbara Oliveira Editora. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. 2015.
- CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 346-354, 2012.

- DO PRADO, Mariani da Costa Ribas; CALAIS, Sandra Leal; CARDOSO, Hugo Ferrari. Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 3, 2017.
- GARG, A.; Toy, S.; TRIPODIS, Y.; COOK, J.; CORDELLA, N. Influence of Maternal Depression on Household Food Insecurity for Low-Income Families. **Academic Pediatrics**, vol. 15, n. 3, p. 305-310, mai./jun. 2015.
- GOSS-SAMPSON, M. A. *Statistical Analysis in JASP: A Guide for Students*. 2018.
- HACKMAN, D. A., FARAH, M. J., MEANEY, M.J. Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. **Nature Reviews**, v. 11, p. 651-659, set. 2010.
- HALPERN, Ricardo; ACM, Figueiras. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.
- HALPERN, Ricardo et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Revista chilena de pediatria**, v. 73, n. 5, p. 529-539, 2002.
- JEKEL, James F.; KATZ, David L.; ELMORE, Joann G. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. In: **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2006. p. 432-432.
- KAMAKURA, Wagner; MAZZON, José Afonso. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 56, n. 1, p. 55-70, 2016.
- KEIM, S. A.; DANIELS, J. L.; DOLE, N.; HERRING, A. H.; SIEGA-RIZ, A. M.; SCHEIDT, P. C. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. **Early Human Development**, v. 87, p. 373–380, 2011.
- LERNER, Richard M. et al. **Handbook of psychology**, Volume 6: Developmental psychology. 2003.
- LIU, Y. et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 47, n. 4, p. 680-689, 2017.
- MARIA-MENGEL, Margaret Rose Santa; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 837-842, 2007.

- MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 591-597, 2007.
- MCCOY, Dana Charles et al. Early childhood developmental status in low-and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates using predictive modeling. **PLoS Medicine**, v. 13, n. 6, p. e1002034, 2016.
- MOGENSEN, Lise; MASON, Jan. The meaning of a label for teenagers negotiating identity: experiences with autism spectrum disorder. **Sociology of Health & Illness**, v. 37, n. 2, p. 255-269, 2015.
- MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n.1, p. 7-17, jan./mar. 2013.
- MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 165-176, mai./ago. 2005.
- OLUSANYA, Bolajoko O. et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Global Health**, 2018.
- QUINTANA, Daniel S.; WILLIAMS, Donald R. Bayesian alternatives for common null-hypothesis significance tests in psychiatry: a non-technical guide using JASP. **BMC psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 178, 2018.
- RIBEIRO, Débora Gerardo; PEROSA, Gimol Benzaquen; PADOVANI, Flávia Helena Pereira. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 215-226, 2014.
- SANTA MARIA-MENGEL, Margaret Rose; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 837-842, 2007.
- SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2064-2074, 2009.
- SEMRAU, M. et al. Stigma and discrimination related to mental illness in low-and middle-income countries. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 24, n. 5, p. 382-394, 2015.

- SILVA, Marcus T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262-270, 2014.
- SILVA, Thaíse Morais et al. Desempenho cognitivo de pré-escolares com baixa estatura em tratamento de recuperação nutricional. **Rev Paul Pediatr**, v. 36, n. 1, p. 39-44, 2018.
- SMITH-NIELSEN, J.; THARNER, A.; KROGH, M. T.; VÆVER, M. S. Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 57, p. 571–583, 2016.
- STOPA, Sheila Rizzato et al. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 170-180, 2015.
- THORNICROFT, Graham et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. **The Lancet**, v. 387, n. 10023, p. 1123-1132, 2016.
- VANDENBOS, Gary R. Dicionário de Psicologia da APA. **Porto Alegre: Artmed**, v. 971, 2010.
- VIEITES, V.; REEB-SUTHERLAND, B. C. Individual differences in non-clinical maternal depression impact infant affect and behavior during the still-face paradigm across the first year. **Infant Behavior & Development**, v. 47, p. 13-21, 2017.
- WAGENMAKERS, Eric-Jan et al. Bayesian inference for psychology. Part I: Theoretical advantages and practical ramifications. **Psychonomic bulletin & review**, v. 25, n. 1, p. 35-57, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al.. World report on disability. **Geneva: WHO**, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017.

## ANEXO A

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

### A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

### Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

## ANEXO B

### A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
<b>A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?</b>		→	NÃO	SIM

**A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:**

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)<br>COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?   | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?  | NÃO | SIM | 9 |

**A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?**  
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

**NÃO      SIM \***

**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL**

SE  $\alpha$ (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- |     |   |     |     |     |    |
|-----|---|-----|-----|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a a A3g ]? | →   | NÃO | SIM | 10 |
| b   | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?                               | NÃO | SIM | 11  |    |

**A5b É COTADA SIM ?**

**NÃO      SIM**

**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE**

\* SE  $\alpha$ (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

**C. RISCO DE SUICÍDIO**

---

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
<b>Ao longo da sua vida:</b>				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
<p>SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:</p>				

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>		
1-5 pontos	Baixo	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto	<input type="checkbox"/>

---



# ANEXO C

