

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS MATERNOS E
PREJUÍZOS NA RELAÇÃO MÃE-FILHO:
ESTUDO DA COORTE PRÉ-NATAL BRISA**

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2016**

ADRIANA OLIVEIRA DIAS DE SOUSA MORAIS

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS MATERNOS E PREJUÍZOS NA RELAÇÃO MÃE-
FILHO: ESTUDO DA COORTE PRÉ-NATAL BRISA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões

**SÃO LUÍS, MA
FEVEREIRO – 2016**

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa

Aspectos psicossociais maternos e prejuízos na relação mãe-filho: estudo da coorte pré-natal BRISA. / Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais. – UFMA, São Luís, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Saúde Materno-infantil I- Relação Mãe-filho 2. Gestação 3. Psicopatologia 4. Modelos Estatísticos. II. Aspectos psicossociais maternos e prejuízos na relação mãe-filho: estudo da coorte pré-natal BRISA.

CDU 614–053.2

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS MATERNOS E PREJUÍZOS NA RELAÇÃO MÃE-FILHO: ESTUDO DA COORTE PRÉ-NATAL BRISA

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais

Tese aprovada em 29 de fevereiro de 2016 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Gilberto Sousa Alves
Examinador Externo
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Marília da Glória Martins
Examinadora Externa
Universidade Federal do Maranhão

Profª. Dra. Zeni Carvalho Lamy
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Profª. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Aos meus queridos e amados esposo e filho,
pela ajuda e compreensão nos meus momentos
de ansiedade e estresse durante os meses em
que me dediquei ao doutorado.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela fé que me mantém viva e fiel à vida honesta de trabalho e de estudo.

À minha orientadora Professora Vanda Simões, cujas orientações e dedicação foram decisivas para a realização deste trabalho. Agradeço todo o apoio recebido durante essa longa trajetória e por tudo que me foi ensinado.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pelo acolhimento e pela qualidade de ensino prestada.

Aos professores do PGSC pelo conhecimento transmitido ao longo de todo o curso.

À profa Marizélia que contribuiu e colaborou com a análise e interpretação dos dados, fundamentais para realização deste estudo.

À Lívia Rodrigues, por sua gentileza e entendimento por todas as vezes que precisei de sua ajuda nas informações do banco de dados do BRISA.

À Secretaria do PGSC, pela gentileza de nos receber tão bem e por compartilhar de cada momento de ansiedade, angústia e alegria.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, Joelma, Raina, Sâmea e Monyk que me proporcionaram momentos de aprendizagem e risadas, o que fez com que nossos encontros fossem enriquecedores e agradáveis.

Aos meus colegas do PGSC, pelas contribuições em cada seminário, pelas amizades, alegrias e incentivo.

Às mães que participaram da pesquisa, por suas valiosas informações. Sem elas, não teria sido possível a concretização deste estudo.

Aos meus pais Pedro e Eliane, por todo seu amor, dedicação e valores transmitidos.

Aos meus sogros, Honorio e Josefa, pela dedicação e apoio em cada momento que precisei.

Aos meus irmãos Sergio, Bruno e Gisele, meus companheiros de todas as horas.

Ao meu filho Enzo, pela compreensão em vários momentos de ausência. O tempo de nossa convivência “roubado” pela tese só fez fortalecer a vontade de estar junto de você.

À Mauro Ricardo, meu companheiro em todas as horas, por sua dedicação pela família e por estar ao meu lado nessa caminhada. O seu apoio foi fundamental na realização deste sonho.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse com êxito ao final desta caminhada.

Muito obrigada!

O amor de mãe é o combustível que capacita um ser humano comum a fazer o impossível.

Marion Garretty

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

- Figura 1** – Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013..... 102
- Figura 2** – Modelo teórico final com coeficientes padronizados da associação de aspectos psicossociais maternos com a relação mãe-filho na coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013..... 103

Artigo 2

- Figura 1** – Diagrama do modelo da AFC correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões (Modelo 5). São Luís – MA, 2010-2013..... 105
- Figura 2** – Diagrama do modelo da AFC correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões após as modificações (Modelo 7 final). São Luís – MA, 2010-2013.....106

LISTA DE TABELAS

Tabelas do artigo 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís - MA, 2010-2013	92
Tabela 2 - Indicadores de ajuste para modelos 1 e 2. São Luís - MA, 2010-2013.....	93
Tabela 3 - Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor de efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras e construtos. São Luís - MA, 2010-2013.....	94

Tabelas do artigo 2

Tabela 1 - Indicadores de ajuste para os modelos unidimensional e multidimensionais. São Luís - MA, 2010-2013.....	96
Tabela 2 - Cargas fatoriais, coeficientes de determinação e confiabilidade composta para os modelos 4 e 5. São Luís - MA, 2010-2013.....	97
Tabela 3 - Matriz de cargas fatoriais dos itens da CES-D pela análise fatorial exploratória para os modelos de três e quatro dimensões. São Luís - MA, 2010-2013.	98
Tabela 4 - Indicadores de ajuste para os modelos de três e quatro dimensões. São Luís - MA, 2010-2013.....	99
Tabela 5 - Cargas fatoriais e coeficientes de determinação para o Modelo 7 ^{h2} . São Luís - MA, 2010-2013.....	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	- Critério Brasileiro de Classificação Econômica do Brasil
AFC	- Análise Fatorial Confirmatória
AFE	- Análise Fatorial Exploratória
BAI	- Beck Anxiety Inventory
CCEB	- Critério de Classificação Econômica Brasil
CEPEC	- Centro de Pesquisas Clínicas
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CES-D	- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CFI	- Comparative Fit Index
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DPP	- Depressão Pós-parto
DSM-V	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5º edição
EPDS	- Edimburg Depression Postpartum Scale
FAPEMA	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão
FAPESP	- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FMRP	- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HUMI	- Hospital Universitário Unidade Materno Infantil
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MOS	- Medical Outcomes Study
OR	- Odds Ratio
PBQ	- Postpartum Bonding Questionnaire
PRONEX	- Programa de Apoio aos Núcleos de Excelência
RMSEA	- Root Mean Square Error of approximation
SES	- Situação Socioeconômica
SM	- Salário Mínimo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	- Tucker Lewis Index
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
WHO	- World Health Organization
WLSMV	- Mean and variance-adjusted weighted least squares estimator
WRMR	- Weighted Root Mean Square Residual

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais, **Aspectos psicossociais maternos e prejuízos na relação mãe-filho: estudo da coorte pré-natal BRISA**, 2016, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 154p.

RESUMO

A gestação e a maternidade têm sido, cada vez mais, alvo de investigação por parte da comunidade científica, pelo risco de desenvolvimento de psicopatologia, constituindo-se em um importante problema de saúde pública para a díade mãe-filho. O presente estudo teve dois objetivos: analisar efeitos de aspectos psicossociais na relação mãe-filho; e analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) para medir sintomas de depressão em gestantes; ambos realizados na cidade de São Luís-MA. No primeiro artigo, utilizou-se o Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) para avaliar a relação mãe-filho em 1140 pares mãe-filho. No modelo proposto, situação socioeconômica determinou fatores demográficos, psicossociais maternos e de apoio social, que determinaram o desfecho relação mãe-filho, analisada como variável latente. Os modelos foram ajustados por modelagem de equações estruturais, utilizando o MPLUS 7.0. O modelo final teve bom ajuste (RMSEA=0.047; CFI=0.984; TLI =0.981). Os modelos do primeiro e do segundo artigo foram estimados pelo método dos mínimos quadrados (WLSMV) ajustados pela média e variância. No segundo artigo, a Análise Fatorial Exploratória sugeriu modelos com até quatro dimensões, com bom ajuste apenas para os modelos com 3 e 4 dimensões. Além desses modelos, foram testados na Análise Fatorial Confirmatória os modelos de referência e um novo modelo, sem os itens 4 e 8, que apresentaram cargas fatoriais baixas (<0,40). Constataram-se que os sintomas de depressão na gestação e pós-parto apresentaram, mais frequentemente, relação mãe-filho prejudicada. Esses efeitos foram direto e positivo. O maior efeito foi dos sintomas de depressão na gestação. Associaram-se também à relação mãe-filho prejudicada, menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e situação conjugal informal, via indireta. Sintomas de ansiedade e idade materna não apresentaram efeito na relação mãe-filho. Verificou-se que os modelos com quatro dimensões se mostraram adequados para avaliar sintomas de depressão em gestantes na cidade de São Luís. Confirma-se a utilização da CES-D para medir sintomas de depressão em gestantes, considerando sua utilidade prática, por ser uma escala com bom índice de ajuste. Observou-se também que uma maior atenção à saúde de mulheres durante o pré-natal e nos pós-parto pode ser uma estratégia para a identificação de sintomas psicopatológicos, com o intuito de prevenir possíveis prejuízos na relação mãe-filho.

Palavras-chave: Gestação. Psicopatologia. Relação Mãe-filho. Modelos Estatísticos.

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais, **Maternal psychosocial aspects and damages in the mother-child relationship: a study of the BRISA prenatal cohort**, 2016, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 154p.

ABSTRACT

Pregnancy and motherhood has been increasingly under investigation by the scientific community, with the risk of developing psychopathology, thus becoming a major public health problem for the mother-child dyad. This study had two objectives: to analyze the effects of psychosocial factors in the mother-child relationship; and analyze the psychometric properties of the Population Screening Scale for Depression (CES-D) to measure symptoms of depression in pregnant women both held in the city of Sao Luís-MA. In the first article, we used the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) to assess the mother-child relationship in 1140 mother-child pairs. In the proposed model, socioeconomic status determined demographic, maternal psychosocial and social support, which determined the outcome of mother-child relationship, analyzed as latent variable. The models were adjusted for structural equation modeling using mplus 7.0. The final model had good fit (RMSEA = 0.047, CFI = 0.984; TLI = 0.981). The models of the first and second article were estimated by the method of least squares (WLSMV) adjusted for mean and variance. In the second article, the Exploratory Factor Analysis suggested models with up to four dimensions, with good adjustment only for models with 3 and 4 dimensions. In addition to these models were tested on Confirmatory Factor Analysis of the reference models and new model without items 4 and 8, which had low factor loadings (<0.40). if found to have symptoms of depression during pregnancy and postpartum presented more often, mother-child relationship impaired. These effects were direct and positive. The greatest effect was the symptoms of depression during pregnancy. They associated themselves also to impaired mother-child relationship, less social support, unfavorable socioeconomic status and marital status informal, indirect pathway. Symptoms of anxiety and maternal age showed no effect on the mother-child relationship. It was found that models with four dimensions were suitable to assess symptoms of depression in pregnant women in the city of São Luís. It is confirmed using the CES-D to measure symptoms of depression in pregnant women, considering its practical use, as a scale with good fit index. It was also observed that greater attention to the womwn health of during the prenatal and postpartum may be a strategy for identifying psychopathological symptoms, in order to prevent possible damage in the mother-child relationship.

Keywords: Gestation. Psychopathology. Mother -child relationship. Statistical models.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	Aspectos Psicossociais Maternos relacionados à Gravidez e à Maternidade	17
3.1.1	Ansiedade relacionada com a Gravidez e Puerpério	18
3.1.2	Depressão relacionada com a Gravidez e Puerpério.....	20
3.2	Relação Mãe-filho	22
3.2.1	Implicações da Ansiedade e Depressão Materna na Relação Mãe-filho.....	24
3.3	Apoio Social	27
3.4	Escala de Rastreamento Populacional para Depressão	30
4	MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1	Delineamento do Estudo	32
4.2	Local e Período do Estudo	32
4.3	População e Amostra em Estudo	32
4.3.1	CrITÉrios de Inclusão e Não Inclusão.....	34
4.4	Coleta de Dados	34
4.4.1	Instrumentos de Coleta de Dados	35
4.5	Variáveis	37
4.6	Análise dos Dados	38
4.6.1	Modelagem de Equações Estruturais.....	38
4.6.2	Validade de Construto: Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória	39
4.6.3	Modelo Teórico	39
4.6.4	Análise Estatística.....	40
4.7	Aspectos Éticos	41
5	RESULTADOS	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	91
	ANEXOS	107

1 INTRODUÇÃO

A gestação e a maternidade têm sido, cada vez mais, alvos de investigação por parte da comunidade científica, sendo assumidas como uma fase de transição, que envolve mudanças nos aspectos hormonal, físico, psicológico, familiar e social, desencadeando reajustamentos e reestruturações na vida dos indivíduos. Essas mudanças têm suscitado a hipótese de que mulheres grávidas podem ser mais vulneráveis às psicopatologias (BAYLE, 2006).

Os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo-se em um importante problema de saúde pública (WHO, 2009). Muitos são os fatores que influenciam o aparecimento de problemas psicológicos na gravidez e no pós-parto, em particular, perturbações de ansiedade e de depressão (PACHECO et al., 2005).

A depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez e o principal fator de risco para a depressão pós-parto (BENNETT et al., 2004; GAYNES et al., 2005; GULSEREN et al., 2006; DMITROVIC et al., 2013). No Brasil, estudos desenvolvidos nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, encontraram que 19,6% e 20,5% das participantes, respectivamente, apresentaram indicativo de sintomas de depressão durante período gestacional (FAISAL-CURY; MENEZES, 2007; SILVA et al., 2012). Investigação realizada no município do Rio de Janeiro em uma coorte de gestantes constatou índices de ansiedade da ordem de 64,9%. Esses problemas psicopatológicos têm sido relatados como influenciadores na relação mãe-filho (ARAÚJO et al., 2008).

A existência de perturbações na relação mãe-filho pode ter implicações prejudiciais para ambos os membros da díade. Especificamente, pode: influenciar negativamente a saúde mental materna, intensificando sintomas depressivos e ansiosos; comprometer o desenvolvimento infantil; e, ainda, afetar a relação mãe-filho, mesmo a longo prazo (BROCKINGTON et al., 2001).

O relacionamento entre mãe e filho é relativamente influenciado pela experiência anterior e estado da mãe ou expectativas e valores culturais (variáveis potencialmente importantes que tendem a ser negligenciadas), pelas características comportamentais da mãe, incluindo sintomas de ansiedade e de depressão, pelos fatores situacionais vivenciados durante a gestação, pelo apoio social recebido durante o período gestacional, pela relação marital e por fatores sócio-demográficos, tais como, o nível socioeconômico e educacional e idade materna (POMMÉ, 2008; SCHMIDT, ARGIMON, 2009; MARTINS, 2012; AIROSA; SILVA, 2013).

A relação mãe-filho pode ser definida como única entre duas pessoas e que perdura através do tempo. Distúrbios nesta relação podem resultar em consequência a longo prazo para a criança, por trazerem grande risco de abuso e negligência com a criança, longo período de distanciamento na relação entre a mãe e criança e distúrbios psiquiátricos e de aprendizado na criança (BROCKINGTON, 2004).

Estudos apontam que mães que têm depressão e ansiedade durante a gestação e no pós-parto sofrem representações mais negativas de si mesmas e seus filhos e desenvolvem uma relação materno-fetal e materno-infantil mais fracas, podendo levar a resultados comportamentais adversos na criança (ARAÚJO et al., 2008; YOSHIDA et al., 2012; AGNAFORS et al., 2013; O'HIGGINS et al., 2013).

Recente estudo, em coorte Holandesa, apresentou resultados que ampliam essa discussão, apontando que os sintomas ansiosos e depressivos maternos durante a gravidez e dois meses após o parto não foram relacionados com a insegurança na relação mãe-filho. Os autores sugerem que os altos níveis de apoio social podem ter moderado quaisquer efeitos negativos de uma história de depressão e ansiedade materna e de sintomas depressivos pós-natal sobre a relação mãe-filho (THARNER et al., 2012).

Desta forma, torna-se relevante a realização de estudos longitudinais voltados para a detecção da prevalência de prejuízos na relação mãe-filho e para a avaliação de aspectos psicossociais maternos e de apoio social que possam influenciar este relacionamento, de forma direta e indireta. Tal conhecimento poderá auxiliar na identificação de díades mais vulneráveis a prejuízos nesta relação e fomentar programas que minimizem suas repercussões no desenvolvimento da criança.

Além de utilizar tipo de estudo mais adequado, são necessários instrumentos válidos e confiáveis. A *Center for Epidemiologic Studies - Depression (CES-D)* é um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento populacional de sintomas de depressão em gestantes, por ser auto-aplicada e de fácil compreensão (RADLOFF, 1977).

Além disso, a maior parte dos estudos que abordam esse tema utiliza análise por meio de regressão logística (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; AIROSA; SILVA, 2013; SILVA, 2014). Existem críticas na literatura em relação a esta análise estatística, pois só permite investigar relações diretas entre as variáveis explicativas e o desfecho, não havendo possibilidade de avaliar os efeitos dos caminhos indiretos (KLINE, 2011; WANG; WANG, 2012). Diante dessas limitações, para avaliar os efeitos de variáveis na relação mãe-filho, optou-se por utilizar modelagem de equações estruturais.

O foco central desta pesquisa visa responder os seguintes questionamentos: Os aspectos psicossociais maternos têm efeito sobre a relação mãe-filho? O apoio social desempenha efeito modificador na relação mãe-filho? A CES-D é um instrumento capaz de medir sintomas de depressão em gestantes?

Nesse sentido, considera-se as seguintes hipóteses:

- 1) Os aspectos psicossociais maternos influenciam negativamente na relação mãe-filho.
- 2) O apoio social tem efeito modificador na relação mãe-filho.
- 3) A CES-D é um instrumento multidimensional, capaz de medir sintomas de depressão em gestantes.

Desta forma, a tese apresenta dois artigos:

1º artigo original: Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe-filho na coorte pré-natal BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais.

2º artigo original: Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) em gestantes: resultados da coorte pré-natal BRISA.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar efeitos de aspectos psicossociais maternos na relação mãe-filho em uma coorte pré-natal em São Luís - MA e analisar as propriedades psicométricas da escala CES-D para medir sintomas de depressão em gestantes.

2.2 Específicos

- Caracterizar as condições socioeconômicas, demográficas e de saúde mental das mães;
- Verificar prejuízos na relação mãe-filho;
- Investigar efeitos diretos e indiretos do apoio social e dos aspectos psicossociais maternos na relação mãe-filho;
- Avaliar o CES-D como instrumento adequado para medir sintomas de depressão em gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos Psicossociais Maternos relacionados à Gravidez e à Maternidade

Nas últimas décadas, as transformações ocorridas nos papéis da mulher na família, na sociedade e na economia trouxeram implicações para sua saúde reprodutiva. No Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho se fortaleceu, as responsabilidades das mulheres no comando de suas famílias aumentaram e elas tiveram maior acesso à escolaridade (ESPER, 2011). Destaca-se também a queda da taxa de fecundidade. Há 40 anos, as mulheres tinham em média 6,3 filhos, atualmente este número chega a somente 1,8 filhos por mulher (BRASIL, 2008; 2010).

Esper (2011) acrescenta ainda que a mulher adquiriu novas responsabilidades, no entanto, sem abandonar as tradicionais como responder pelo cuidado dos filhos e realizar tarefas relacionadas à família. Além disso, a sua inserção no mercado de trabalho trouxe uma sobrecarga com uma dupla, e muitas vezes, tripla jornada de trabalho, uma vez que ela assumiu, além do trabalho doméstico, o trabalho fora de casa, em dois turnos. Esse progresso na autonomia e independência feminina trouxe, também, importantes repercussões para a saúde mental da mulher.

As mulheres em idade reprodutiva são, particularmente, de risco para os transtornos mentais (APA, 2014), sendo o período gravídico-puerperal a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher (ZUGAIB et al., 2008). Fato explicado pelas inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social características deste momento da vida da mulher e que podem refletir diretamente em sua saúde mental (BORTOLETTI, 2007).

Desta forma, a gravidez é um momento de profunda complexidade na vida da mulher. Segundo Klaus, Kennell e Klaus (2000), a transição para gravidez envolve a redefinição dos propósitos de vida da mulher, considerando que estar grávida não é um evento isolado e que sua confirmação acarreta um rearranjo com a influência de vários fatores sociais, econômicos, culturais e emocionais.

A gestação é vista como uma fase de transição que exige inúmeras adaptações (APTER et al., 2011). Entretanto, não é apenas na vida da mulher que a gestação ocasiona grandes alterações, elas acontecem também em seu entorno, envolvendo o relacionamento conjugal e familiar (SIMÕES, 2006; ARRAIS, 2005). No quadro da família, a gravidez e a maternidade implicam a alteração, redefinição e reorganização de tarefas, papéis, estrutura e dinâmica relacional (PACHECO; COSTA; FIGUEIREDO, 2009).

Ao longo do período gestacional, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, que poderá resultar num aumento de sintomatologias ou até o desenvolvimento de perturbações psicológicas. Segundo Leal (2006), durante as últimas décadas, o efeito das condições psicológicas da mãe durante a gravidez sobre o desenvolvimento e comportamento fetal foi investigado, tendo-se verificado que, entre outras situações, na mulher destacam-se, no período gestacional, a depressão e a ansiedade.

O risco psicopatológico associado à maternidade tem sido descrito e verificado por muitos autores em diversos trabalhos, observando-se que os níveis elevados de ansiedade na gravidez se associam ao stress parental durante as primeiras semanas do pós-parto, assim como a ansiedade na gravidez parece relacionar-se com o surgimento de depressão pós-parto (PACHECO et al., 2005).

Para Pereira (2007), alguns dos fatores de risco que podem estar associados à etiologia da psicopatologia da gravidez e maternidade, são problemas psiquiátricos antecedentes; baixo apoio emocional durante a gravidez; falta de suporte social; baixo nível educacional; baixo nível socioeconômico e falta de planejamento familiar.

A partir dos dados apresentados, pode-se destacar a importância de estudos que enfatizem a saúde emocional da mulher na maternidade, considerando os componentes da ansiedade e da depressão e o reflexo desses para a relação mãe- filho.

3.1.1 Ansiedade relacionada com a Gravidez e Puerpério

O termo ansiedade tem origem grega, *Anshein*, que significa oprimir, sufocar (BARROS et al., 2003). Sendo assim, a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte das experiências humanas (SADOCK; SADOCK, 2007). Situações adversas ou desagradáveis causam um desequilíbrio interno no organismo e provocam uma reação biológica e comportamental ao fator estressante (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009). Dessa forma, considera-se a ansiedade responsável pelas adaptações do organismo às situações de perigo (SADOCK; SADOCK, 2007).

De acordo com o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V), a ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades e dificuldade em controlar a apreensão, agitação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbações no sono (APA, 2014).

A ansiedade também é compreendida como um elemento emocional que pode acompanhar toda a gestação até o parto, sendo caracterizada por insatisfação, inquietude,

insegurança, incerteza e medo da experiência desconhecida (ZUGAIB et al., 2008), acrescido de sentimentos de incompetência, transtornos do sono, tensão muscular que causa dor, tremor e inquietação (SANTOS; MARTINS; PASQUALLI, 1999).

Investigação realizada no município do Rio de Janeiro em uma coorte de gestantes constatou índices de ansiedade da ordem de 64,9% (ARAÚJO et al., 2008). De acordo com os resultados de Lee et al (2007), que estudaram 357 mulheres grávidas, mais de metade das mulheres avaliadas apresentaram ansiedade pré-natal em pelo menos uma das avaliações consideradas (1º, 2º e 3º trimestre da gestação).

Além disso, a ansiedade tem sido considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de problemas da gravidez (GIARDINELLI et al., 2012). Segundo Correia e Linhares (2007), os altos níveis de ansiedade materna, na fase pré-natal estão relacionados a complicações obstétricas como sangramento vaginal, ameaça de abortamento e déficit no desenvolvimento fetal.

Estudos demonstraram que ela pode comprometer o feto (CONDE; FIGUEIREDO, 2005; ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007), estando associada a resultados neonatais negativos como a prematuridade, baixo peso ao nascer (RONDÓ et al., 2003) e escores inferiores de Apgar (BERLE et al., 2005).

Estudos também referem que a prole de mães com altos níveis de ansiedade durante a gravidez tardia é mais propensa a ter problemas emocionais e comportamentos inapropriados quando crianças (HUIZINK et al., 2004; VAN DEN BERGH; MARCOEN, 2004). Outras pesquisas destacaram que o estresse materno no pré-natal e a ansiedade podem ter efeitos duradouros sobre o desenvolvimento físico e psicológico dos filhos (RICE; JONES; THAPAR, 2007; TALGE; NEAL; GLOVER, 2007), o que permite hipotetizar que a ansiedade durante a gravidez poderia estar associada a consequências adversas, incluindo perturbações na relação mãe-filho.

Assim como a ansiedade, a depressão na gestação é um dos principais fatores de risco para a depressão pós-parto (GIARDINELLI, et al., 2012; GRANT; MCMAHON; AUSTIN, 2008; AUSTIN; TULLY; PARKER, 2007) e para a ansiedade pós-parto (HERSON et al., 2004; ROBERTSON et al., 2004; RUBERTSSON et al., 2005), uma vez que a maioria dos casos de ansiedade e depressão neste período era precedida de história de ansiedade no pré-natal, por vezes, subdiagnosticada (DAYAN et al., 2002).

3.1.2 Depressão relacionada com a Gravidez e Puerpério

A depressão é um transtorno comum que apresenta como sintomas clínicos, segundo o DSM-V, o humor deprimido na maior parte do dia, a tristeza, perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes (APA, 2014).

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo e foi a quarta principal contribuinte para a carga global de doenças em 2000. As estimativas revelam dados preocupantes para as próximas duas décadas com um aumento vertiginoso para o número de novos deprimidos. Aproximadamente 20% da população terá um episódio de doença depressiva pelo menos uma vez na vida, com isso, estima-se que em 2020 a doença alcance o segundo lugar no ranking entre as afecções que mais perpassará os anos de vida útil da população mundial em todas as idades e em ambos os sexos, podendo mesmo até ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares. Atualmente, ela já está em segundo lugar na categoria de idade entre 15 e 44 anos em ambos os sexos (WHO, 2009; TOWNSEND, 2002).

Em face desta incapacitação, aliada à sua alta prevalência e custos sociais elevados, nos dias atuais, a depressão é tida como um problema para a saúde pública (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; HORIMOTO; AYACHE; SOUZA, 2005).

Segundo Baptista, Baptista e Oliveira (1999), um dos fatores que poderá contribuir para o desenvolvimento da depressão feminina é a maternidade, posto que a gestação e o parto são fatores de stress, para além das modificações hormonais que podem estar diretamente relacionadas com esta ocorrência. A prevalência da depressão durante o período gestacional é de aproximadamente 7 a 25% (ARAÚJO et al., 2010), que varia de acordo com a forma de triagem e diagnóstico das mulheres, o momento da avaliação e as características da amostra estudada.

Um estudo realizado por Da Silva et al. (2010) em Pelotas, RS, Brasil, identificou uma prevalência de depressão na gestação de 21,2%. Falcone et al. (2005) identificaram alta prevalência de transtornos afetivos em gestantes adultas (46,5%) na cidade de São Paulo, no primeiro diagnóstico.

No entanto, o risco revela ser maior naqueles que tem história prévia de depressão, quem tem falta de apoio social, pessoas mais jovens, pessoas que residem sozinhas, quando existem conflitos conjugais e ambivalência em relação à gravidez (KRAMLINGER, 2004). A evidência

demonstra que, além da depressão na gestação ser mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Os potenciais fatores de risco encontrados para a ocorrência dos sintomas depressivos na gestação são histórico de transtornos psiquiátricos, ausência de suporte social, eventos estressores, violência doméstica, não planejamento da gestação, relacionamentos insatisfatórios com a família, parceiro e pessoas próximas (GIARDINELLI et al., 2012), características sociodemográficas como renda familiar, escolaridade e idade, além de uso de tabaco, álcool ou outras drogas ilícitas (LANCASTER et al., 2010).

A depressão pós-parto (DPP) é um problema que afeta cerca de 10 a 15% de mulheres em muitos países. A evidência demonstra que mulheres que sofriam de DPP já apresentavam sintomas durante a gravidez (ROBERTSON et al., 2004; MITSUHIRO, et al., 2006) e que esta pode ter sido negligenciada durante o pré-natal (FERRI et al., 2007; JABLENSKY et al., 2005). No Brasil, há uma prevalência de 19,1 %, evidenciando sua relevância como um problema de saúde pública (MORAES et al., 2006).

A DPP representa uma perturbação do humor, que segundo o DSM-V, se enquadra num episódio depressivo maior (APA, 2014) e se inicia no segundo ou terceiro mês do pós-parto, podendo estender-se por todo o primeiro ano de vida do bebê (ou até mais) e, embora apresente um prognóstico bastante favorável, existe um risco acrescido de se desenvolverem novas depressões, mesmo que não relacionadas com novas gestações (MARQUES, 2003).

Perante todo este quadro, em torno dos indicadores psicopatológicos, presentes durante a gravidez e pós-parto, pode-se depreender que a carga física da gravidez, assim como os necessários ajustes emocionais, podem causar ansiedade e depressão que, por sua vez, podem originar uma resposta psicológica positiva ou negativa, dependendo das alterações do corpo, da segurança emocional, das expectativas de apoio das pessoas próximas, da gravidez ser desejada e da situação financeira (PORTELINHA, 2003).

Em suma, todas as investigações salientam o fato da ansiedade e da depressão constituírem variáveis que podem perturbar o nível do ajustamento à gravidez e ao puerpério. De fato, são domínios que devem ser trabalhados no período gestacional, como forma de potenciar a qualidade de vida da mulher, do filho e do companheiro. Esta investigação tem evidenciado que maiores níveis de sintomas depressivos e de ansiedade se encontra associado a uma menor vinculação materna e/ou um estilo de relação evitante, tema que será abordado a seguir.

3.2 Relação Mãe-filho

A base primordial deste conceito assenta na importância de dar atenção à saúde mental da mulher e o desenvolvimento da relação mãe-filho. Esta relação afetiva, é entendida como a formação de um compromisso emocional que leva a mãe a procurar satisfazer as necessidades do filho, desde alimentação e higiene ao carinho e conforto (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

Desta forma, torna-se essencial abordar a relação entre mãe-filho ao longo da gravidez e durante o puerpério, destacando não só o seu conceito, segundo diversos autores, mas também enquadrando a vinculação materna refletindo sobre os fatores que a influenciam e os benefícios que dela advenham.

Como ponto de partida, define-se a vinculação segundo a perspectiva de Bowlby. Bowlby (2009) que descreve como uma pulsão de vinculação primária, sem qualquer relação com a alimentação ou a libido e que se poderá dividir em três fases: a) pré-história da vinculação, onde o casal vai elaborar o desejo de criança; b) desenvolvimento da vinculação, a partir da forma como os pais se adaptam às diferentes fases da gravidez; c) a vinculação, que vai permitir a “tricotagem” relacional, através de uma adaptação mútua com o bebê a responder às fantasias parentais.

Nessa perspectiva, encontra-se a teoria do apego, igualmente nomeada como teoria da vinculação, que assume uma concepção teórica do desenvolvimento sócio-emocional, que considera a existência de uma necessidade humana inata para formar laços afetivos íntimos com pessoas significativas (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

Essa propensão, no entanto, já estaria presente no neonato em forma embrionária e continuaria na infância, na vida adulta e na velhice. No período da infância, os vínculos são estabelecidos com os pais ou substitutos na procura de conforto, carinho e proteção. Na adolescência e vida adulta, esses laços persistem, sendo complementados por novos vínculos (BORSA, 2007; SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

Klaus, Kennell e Klaus (2000) verificaram que, o planeamento da gravidez, aceitação da gravidez, conscientização dos movimentos do feto, percepção deste como uma pessoa separada, vivência do trabalho de parto, nascimento, ver o bebê, tocá-lo, cuidar dele e aceitar o bebê como uma pessoa individual na família, constituem fatos importantes para a formação do vínculo.

Esta ideia é igualmente partilhada por Condon (1993), que não deixa de mencionar que, ao longo do período gestacional, os progenitores adquirem habitualmente uma representação

interna, crescentemente elaborada do feto. Esta é composta por uma mistura de fantasia e realidade, em que o feto assume um papel de projeção e segundo o qual se desenvolve o vínculo emocional.

De acordo com um estudo realizado por Piccinini et al. (2004), a relação mãe-filho começa no período gestacional, altura em que os pais já constroem a noção de individualidade do bebê, reconhecendo alguns de seus comportamentos e características temperamentais. Assim, os autores sugerem que conhecer o bebê antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar as suas características, traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a posterior relação mãe-filho.

Nos primórdios do estudo da relação da mãe com o filho, julgava-se que a criança se ligava à mãe por motivos básicos, impulsos primários, tal como a fome e sede. E foi nesta linha que Sigmund Freud se baseou, afirmando que a relação da criança com a mãe passa primeiro pela satisfação de necessidades fisiológicas. No entanto, posteriormente, constatou-se que este era um mecanismo inadequado para explicar a persistência dos laços materno- infantis (FARIA, 2009).

Winnicott (2002) defende que as mães se preparam para a sua tarefa bastante especializada durante os últimos meses de gravidez, voltando ao seu estado normal nas semanas e meses que se seguem ao processo de nascimento. Assim, a partir do conceito de “preocupação materna primária”, as mães tornam-se capazes de se colocar no lugar do bebê, isto significa que, desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes permite ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido.

Contudo, é com John Bowlby (2009) que nasce o conceito de vinculação, no qual afirmava que a pressão evolutiva favoreceu comportamentos capazes de despertar os cuidados de um adulto, como o abraço, a sucção, o choro e o sorriso, ou seja, durante o curso da evolução humana, esses comportamentos tornaram-se parte da herança biológica do bebê humano, e as reações que evocam nos adultos criaram um sistema interativo que leva à formação do vínculo.

Por comportamento de vinculação, Bowlby (2009) entende todo o comportamento do recém-nascido que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou contato com a mãe, ou a pessoa que a substitua, sendo estas consideradas de manifestações inatas, que se encontram presentes na altura do nascimento.

A partir das interações repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimentos e expectativas sobre o modo como essa figura responde e é acessível aos seus pedidos de proximidade e proteção. Esta informação é progressivamente

organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do self, das figuras de vinculação e das relações (SOARES, 2001).

A aproximação assim criada proporciona um comportamento social e constitui, além disso, uma recompensa, que permite ao bebê identificar de maneira seletiva a mãe. Assim, a reação de medo ou ansiedade crescentes poderão surgir perante indivíduos estranhos. Isto advém de uma dupla maturação: o aumento das capacidades perceptivas do bebê, o que lhe permite distinguir o caráter novo ou estranho de um objeto ou pessoa; e o aumento do medo, com a idade, em relação a pessoas estranhas (MONTAGNER, 1900).

Ainsworth descreveu três tipos de apego de acordo com as reações de crianças diante de situações estranhas: apego seguro, que corresponde ao padrão de apego no qual o bebê se separa facilmente da mãe, busca proximidade quando estressado e usa a mãe como base segura para exploração; apego inseguro/evitante, em que um bebê evita contato com a mãe e não demonstra preferência por ela sobre outras pessoas; e, apego inseguro/ambivalente, em que o bebê apresenta pouco comportamento exploratório, perturba-se profundamente quando separado da mãe e não se tranquiliza quando ela retorna nem com os esforços para confortá-lo (AINSWORTH, 1994).

Desde logo, é de esperar que a segurança dos primeiros laços estabelecidos tenha reflexos nas relações interpessoais, que serão formadas e mantidas ao longo da vida. De fato, através das repetidas interações, a criança constrói crenças, expectativas e representações sobre a disponibilidade e sensibilidade dos seus cuidadores, filtrando um conjunto de regras que regulam a percepção do mundo e as expectativas acerca do modo como os outros reagem às suas necessidades de vinculação (MACHADO; FONSECA; QUEIROZ, 2008).

3.2.1 Implicações da Ansiedade e Depressão Materna na Relação Mãe-filho

O estudo de Condon e Corkindale (1997), realizado com mulheres no terceiro trimestre, revelou uma forte associação entre os níveis de vinculação materna e três fatores - depressão, ansiedade e apoio social. Foi verificado que mulheres com menos vinculação materna apresentavam níveis maiores de sintomas depressivos e ansiedade e níveis menores de suporte social. Também no estudo de Hart e McMahan (2006), as mulheres com qualidade de vinculação ao feto mais baixa relatam níveis de ansiedade e depressão mais elevados.

Schmidt e Argimon (2009) confirmam que há relação entre o padrão de vinculação da gestante e o nível de vinculação materno-fetal, enfatizando que as mulheres que apresentaram

vinculação segura, evidenciaram uma vinculação materno-fetal elevada e sintomas depressivos e ansiosos mínimos.

Segundo estudos recentes realizados por Mazet e Stoleru (2003), os estados depressivos e ansiosos poderão também provocar perturbações na interação. Estes autores verificaram que existem interações menos frequentes, nomeadamente ao nível do olhar, das palavras maternas e das verbalizações do filho; interações menos marcadas pela mutualidade e pela reciprocidade; desprovidas de afetividade, ou seja, mecânicas e mais descontinuadas.

As mães que experimentam sofrimento psicológico no período pós-parto podem ter dificuldades de formação do vínculo com seus filhos e a presença de sentimentos ambivalentes em relação ao filho também parece interferir no estabelecimento da ligação afetiva entre ambos, verificando-se interações menos adequadas (FIGUEIREDO, 2003).

A depressão materna também tem influência negativa sobre a saúde da mulher, sua relação com a família e o recém-nascido, dificultando o estabelecimento da relação mãe-filho, o aleitamento materno e trazendo consequências para o desenvolvimento da criança sob vários aspectos (SINGER et al., 1999; OLIVEIRA, 2012; BRASIL, 2014a).

Diversos estudos têm procurado comparar a interação entre mães com diagnóstico de depressão e sem esse diagnóstico. Field et al. (1990) encontraram um número significativamente maior de interações sincrônicas positivas em díades mãe-filho de mães sem diagnóstico de depressão do que entre mães com diagnóstico de depressão. Nas díades em que a mãe apresentava depressão, também ocorreram comportamentos sincrônicos, mas estes eram de natureza negativa. Isso significa que os filhos tendem a espelhar o comportamento predominante da mãe, independentemente de ele ser positivo ou negativo.

Outras investigações já realizadas, adotam a ideia de que as mães com diagnóstico de depressão e de ansiedade, os seus filhos partilham menos comportamentos devido à falta de atenção mútua, têm mais comportamentos negativos um para com o outro, demonstram menos contato afetivo, o tempo em interação é menor, as estimulações verbais e lúdicas, assim como as interações sociais parecem diminuir e são mães que, dificilmente, suportam os pedidos de amor e as necessidades de dependência do seu filho (GOODMAN; GOTLIB, 1999; LOVEJOY et al., 2000, TETI et al., 1995).

Assim, quando existe depressão e ansiedade, a relação na díade caracteriza-se por um fraco envolvimento emocional, culpabilidade, hostilidade, ressentimento e comunicação de afetos negativos. No fundo, estas crianças são vistas como mais difíceis, com menor desenvolvimento cognitivo e motor, têm uma vinculação menos segura com a mãe, reagem mais negativamente ao stress, apresentam maiores dificuldades escolares, são menos

competentes socialmente, têm baixa auto-estima, são mais indiferentes à expressão depressiva e ansiosa da mãe e têm maior probabilidade de sofrerem de perturbações psicológicas, nomeadamente, depressão, ansiedade e perturbações comportamentais (GOODMAN; GOTLIB, 1999).

Uma pesquisa realizada, na Inglaterra, por O'Higgins et al. (2013), mostrou que as mulheres que sofriam de depressão pós-parto tinham dificuldades em desenvolver sentimentos maternos em relação aos seus filhos em comparação com as mulheres que não estavam deprimidas. Um estudo japonês também encontrou associação positiva entre a DPP e a desorganização na relação mãe-filho (YOSHIDA et al., 2012).

No entanto, em recente estudo, em coorte Holandesa, há resultados contraditórios na literatura, apontando que os sintomas ansiosos e depressivos maternos durante a gravidez e dois meses após o parto não foram relacionados com a insegurança na relação mãe-filho. Os autores sugerem que os altos níveis de apoio social podem ter moderado quaisquer efeitos negativos de uma história de depressão e ansiedade materna e de sintomas depressivos pós-natal sobre a relação mãe-filho (THARNER et al., 2012).

Considerando os danos provocados por um fraco relacionamento entre mãe e filho, estudos têm buscado desenvolver instrumentos capazes de facilitar a detecção precoce de problemas na relação mãe-filho pelos profissionais de saúde (BRONCKINGTON et al., 2001). Um destes instrumentos é o Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), instrumento de triagem usado em serviços obstétricos e de cuidados primários para detectar perturbações na relação mãe-filho (WITTKOWSKI; WIECK; MANN, 2007).

Segundo Bronckington et al. (2001), o PBQ surgiu a partir dos esforços de equipes de atenção obstétrica e primária, em busca de um instrumento para rastreamento de distúrbios no relacionamento mãe-filho. Foi, inicialmente, formado por 40 itens, desenvolvidos pela equipe da Universidade de Birmingham baseado em trabalho com pacientes de um serviço obstétrico; e 44 itens, da equipe da Universidade Aberta, a partir de um trabalho com mães na população geral. Os 84 itens eram relacionados às vivências maternas e às características atribuídas pelas mães aos seus bebês. A versão final do instrumento possui 25 itens (BRONCKINGTON et al., 2001).

Adaptado para diversas línguas e utilizado em vários países, neste estudo, optou-se pela versão portuguesa do PBQ denominado de Questionário de Ligação ao Bebê após o Nascimento (NAZARÉ; FONSECA; CANAVARRO, 2011). Este tem sido avaliado como um instrumento útil para o diagnóstico de transtornos na relação mãe-filho (BRONCKINGTON et al., 2001), com bons níveis de sensibilidade (PERRELLI et al., 2014), de fidelidade e validade, passível

de ser utilizado em contexto clínico e de investigação (NAZARÉ; FONSECA; CANAVARRO, 2011).

A versão portuguesa do PBQ foi apresentada em estudo de tradução, adaptação e avaliação psicométrica, realizada em uma amostra comunitária com 125 mães e 125 pais de bebês com seis meses. Para análise do PBQ, a proposta indica a formação de quatro fatores: Distanciamento emocional em relação ao bebê, referente à ausência ou à fraca intensidade de sentimentos positivos e de proximidade com o bebê; Frustração na interação com o bebê, traduzida em irritabilidade acentuada na relação com o bebê e em sentimentos de falta de confiança na prestação de cuidados a este; Rejeição do bebê, manifestada através do arrependimento face ao nascimento do bebê e do desejo de transferir para outrem a tarefa de prestação de cuidados; e Agressividade contra o bebê, presente na vontade ou no impulso de fazer mal ao bebê (NAZARÉ; FONSECA; CANAVARRO, 2011).

O PBQ é um instrumento fácil e de rápido preenchimento e pode ser aplicado pelos profissionais de saúde da obstetrícia, pediatria ou da Atenção Primária à Saúde (SIU et al., 2010). O uso do PBQ permite triar desordens na relação mãe-filho e avaliar a gravidade desta desordem. A avaliação poderá, então, ser incluída num plano de tratamento e até mesmo ser importante na avaliação na melhora durante o tratamento (KLIER, 2006).

Esta ideia sugere que é importante avaliar sintomatologia psicológica que possa estar associada ao período gestacional, interferindo na relação mãe-filho, bem como identificar fatores protetores, tais como, o apoio social, que poderá permitir amortecer o impacto dos acontecimentos estressantes da vida da gestante.

3.3 Apoio Social

Diversos estudos apontam a influência do apoio social na saúde das pessoas. Neste contexto, o número de pesquisas que buscam compreender esses efeitos vem crescendo nas últimas décadas (COHEN, 2004; UMBERSON; MONTEZ, 2010; GONÇALVES et al. 2011; CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

O conceito de suporte social e redes de apoio tem sido considerado por diferentes autores. O apoio social pode ser definido como um processo interativo em que as pessoas obtêm ajuda emocional, material ou econômica. Esse suporte social funciona como um conjunto de elementos funcionais ou estruturais, reais ou percebidos, que os indivíduos recebem da sua comunidade, rede social ou amigos íntimos (BOWLING, 1991).

Segundo Canavarro (1999), constitui um processo interpessoal que pode produzir resultados positivos, diminuindo o grau de stress sentido e contribuindo para o bem-estar global do indivíduo. Desta forma, o suporte da rede de apoio é fundamental à família e ao indivíduo, confrontados com transições normativas (a transição da conjugalidade para a parentalidade) e não normativas no processo do ciclo de vida (DESSEN; BRAZ, 2000).

As pessoas que compõem a rede social e as funções que exercem mudam de acordo com o contexto sociocultural, o tempo histórico e do desenvolvimento do indivíduo e da família enquanto grupo (DESSEN; BRAZ, 2000). Um dos momentos em que se verificam alterações nesta rede é quando a família passa por transições decorrentes do nascimento de filhos. Com a chegada de um novo elemento, são exigidas da família novas estratégias para lidar com as tarefas de desenvolvimento, capacidade de adaptação para receber o bebê e capacidades para administrar as necessidades emergentes do sistema. Uma das tarefas dos progenitores, nesse período, é procurar o equilíbrio do sistema familiar (FIGUEIREDO; PACHECO; MAGARINHO, 2005; RITTER et al., 2000).

De acordo com Sluzki (2006), o apoio social afigura importante relevo, na medida em que influencia a auto-imagem do indivíduo e é central para a experiência de identidade e competência, em particular na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. Perante esta situação, um adequado apoio social nos períodos de gravidez e puerpério, favorece um maior controle do ambiente e autonomia, fornecendo esperança, suporte e proteção à mulher (COUTINHO; BAPTISTA; MORAIS, 2002).

O sentido de competência da mãe está relacionado com o apoio emocional, em particular do companheiro, assim como com a divisão de tarefas nos cuidados ao filho. As mães com maior apoio social adaptam-se mais facilmente ao novo papel (FELDMAN, 2000; GOLDSTEIN; DIENER; MANGELSDORF, 1996; GRAHAM et al., 2000; MERCER; FERKETICH, 1994).

Graziani e Swendsen (2007) consideram que o apoio social pode moderar os efeitos das condições de stress, aumentar os benefícios para a saúde e proteger da doença. Assim, o apoio social pode, por vezes, ser conceitualizado como um recurso de *coping*, visto que se afigura como um moderador muito importante e complexo que engloba a totalidade das relações interpessoais de um indivíduo, proporcionando-lhe um laço afetivo positivo, uma ajuda prática e um reforço em termos de informação quanto à situação ameaçadora (SULS; DAVID; HARVEY, 1996).

Os estudos têm evidenciado que o apoio social poderá ser um fator de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão (CUTRONA; TROUTMAN, 1986; LANGFORD et al., 1997; LOVISI, et al., 1996).

O apoio social atua como um fator relevante para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. Crittenden (1985), visando estudar as correlações entre as redes sociais, a qualidade do cuidado à criança e o desenvolvimento infantil, observou 121 díades mãe-filho, através do procedimento da “Situação Estranha”. Os resultados do seu estudo mostraram que os padrões maternos de apoio social estavam relacionados com a segurança da criança nas relações de vinculação.

Rapoport e Piccinini (2006) afirmam que mães com apoio social mais consistente e que, podem ter as suas necessidades emocionais disponíveis, tendem a solicitar mais apoio para elas próprias, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê. Estes autores enfatizam, ainda, a intensa vivência psíquica das mães, onde desejo, culpa, medo e ansiedade se misturam, fazendo-as sentir muito isoladas dentro do seu sofrimento.

Para Crockenberg (1981), há uma clara associação entre o apoio social e a segurança de vinculação, sendo que a sua escassez é associada, à resistência, evitamento e vínculo ansioso. Hobfoll et al. (1995), perante uma amostra de 192 mulheres avaliadas durante a gravidez e pós-parto, verificaram que os baixos níveis de apoio social contribuem para a depressão pós-parto, nomeadamente entre mulheres sem companheiro. Um outro estudo conduzido por Zimet et al. (1988) verificou que, de um modo geral, elevados níveis de percepção de apoio social estão associados a baixos níveis de depressão e ansiedade.

Perante a revisão da literatura realizada sobre esta temática, poder-se-á relatar que o apoio social pode prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais nos indivíduos, definindo-o como um conjunto de mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem, presumivelmente, o indivíduo dos efeitos da depressão e da ansiedade, ou seja, fatores psicossociais como o apoio da rede social, podem ter uma função amortecedora sobre os estados emocionais negativos na saúde mental e física do indivíduo, principalmente, para as mães durante a gravidez e puerpério. Em vista dos efeitos negativos de aspectos psicossociais na gravidez, instrumentos válidos e confiáveis são necessários em sua avaliação.

3.4 Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

Inventários e escalas que permitem registrar a presença e a frequência de sintomas depressivos foram construídos com o objetivo de rastrear, identificar e avaliar a intensidade e a forma de apresentação desses sintomas. Entre os instrumentos planejados para a população não-clínica figura a Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D). Elaborada pelo National Institute of Mental Health (EUA), esta escala de autorrelato visa identificar humor depressivo em estudos populacionais (RADLOF, 1977).

A CES-D inclui os principais componentes dos transtornos depressivos conforme os critérios diagnósticos do DSM-V. Trata-se de uma escala de 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre). Incluem questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

No estudo original da estrutura fatorial da CES-D de Radlof (1977), quatro fatores foram identificados: (a) humor depressivo (incluindo itens como tristeza, medo e sentimentos de vazio); (b) afetos positivos (como felicidade, sentir-se bem, aproveitar a vida e esperança – itens que têm sua pontuação invertida na contagem do escore total); (c) sintomas somáticos (como cansaço, esforço e dificuldade de concentração); (d) problemas interpessoais (não sentir-se amado, sentir que as pessoas não têm se mostrado amistosas) (FILHO; TEIXEIRA, 2011).

Desenvolvida para população norte-americana, a CES-D já foi traduzida e validada para uso em diferentes culturas. De maneira geral, os estudos de validação em diferentes nações, grupos étnicos e grupos etários mostram que a escala se correlaciona significativamente com indicadores clínicos de depressão e que tem bons índices de confiabilidade interna (entre 0,8 e 0,9), de estabilidade ou reprodutibilidade, de validade de construto, que sugerem ser útil como instrumento de rastreio de sintomas depressivos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

Além de servir para identificar as características do instrumento em si, o exame das propriedades psicométricas da CES-D é útil à compreensão do próprio construto de depressão em diferentes populações. Estratégias de análise fatorial têm possibilitado identificar equivalência ou diferença entre as variáveis latentes que compõem o construto depressão e compreender quais fatores respondem pela presença dessa síndrome nos grupos pesquisados em diferentes culturas (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

Análises fatoriais confirmatórias têm mostrado boa reprodutibilidade das medidas da escala, porém confirmando diferenças na estrutura e na hierarquia dos quatro fatores da CES-D em diferentes grupos etários, culturais, de renda e escolaridade, assim como em grupos afetados por eventos estressantes e por suporte social insatisfatório (CHIRIBOGA et al., 2007).

A estrutura original de quatro fatores da escala CES-D tem se mostrado a solução fatorial mais ajustada. No entanto, há controvérsias sobre a estrutura do instrumento (SILVEIRA; JORGE, 1998; SHAFER, 2006; FILHO; TEIXEIRA, 2011). Alguns estudos, por exemplo, têm sugerido modelos unidimensionais (EDWARDS et al., 2010; WOOD; TAYLOR; JOSEPH, 2010). Outros autores recomendam separar os itens de afetos positivos e os demais, resultando em um modelo de dois fatores (aspectos positivos e negativos) com melhor ajuste que modelos unidimensionais (KAZARIN, 2009; KAZARIAN; TAHER, 2010).

Por outro lado, estudos sugerem haver problemas quanto a juntar os dois itens de problemas interpessoais aos itens de afetos negativos e somáticos no modelo de dois fatores, o que pode reduzir o ajuste do modelo de dois fatores. Em virtude disso, um modelo de três fatores, separando entre afetos positivos, somatização/afetos negativos e problemas interpessoais, foi proposto (PERREIRA et al., 2005; ROZÁRIO; MENON, 2010; BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

Diante destes fatos têm-se gerado aumento de estudos na validação e emprego da CES-D. A referida escala pode ser usada em qualquer idade, entre adolescentes e idosos, sem questões específicas de contexto, o que permitiu validá-la em diversas culturas, inclusive a brasileira, com clareza, confiabilidade e qualidades psicométricas adequadas, de acordo com Silveira; Jorge (1998). Não foram localizados outros estudos brasileiros que tenham avaliado a estrutura da CES-D utilizando técnicas confirmatórias em gestantes, apenas em idosos e jovens.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que teve seus dados coletados do *Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies* (BRISA) no município de São Luís e intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFMA), em parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), objetivando investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, numa abordagem integrada (SILVA et al., 2014).

4.2 Local e Período do Estudo

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada na região Nordeste do país, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes e possuía renda *per capita* de R\$ 805,36 (equivalente a US\$ 351,69). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 50% das residências são ligadas à rede de esgotos e 75% recebem água encanada. Seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) publicado foi de 0,768, levando-a a posição de 249º entre os municípios do Brasil (BRASIL, 2014b). O período do estudo foi de fevereiro de 2010 a março de 2013.

4.3 População e Amostra em Estudo

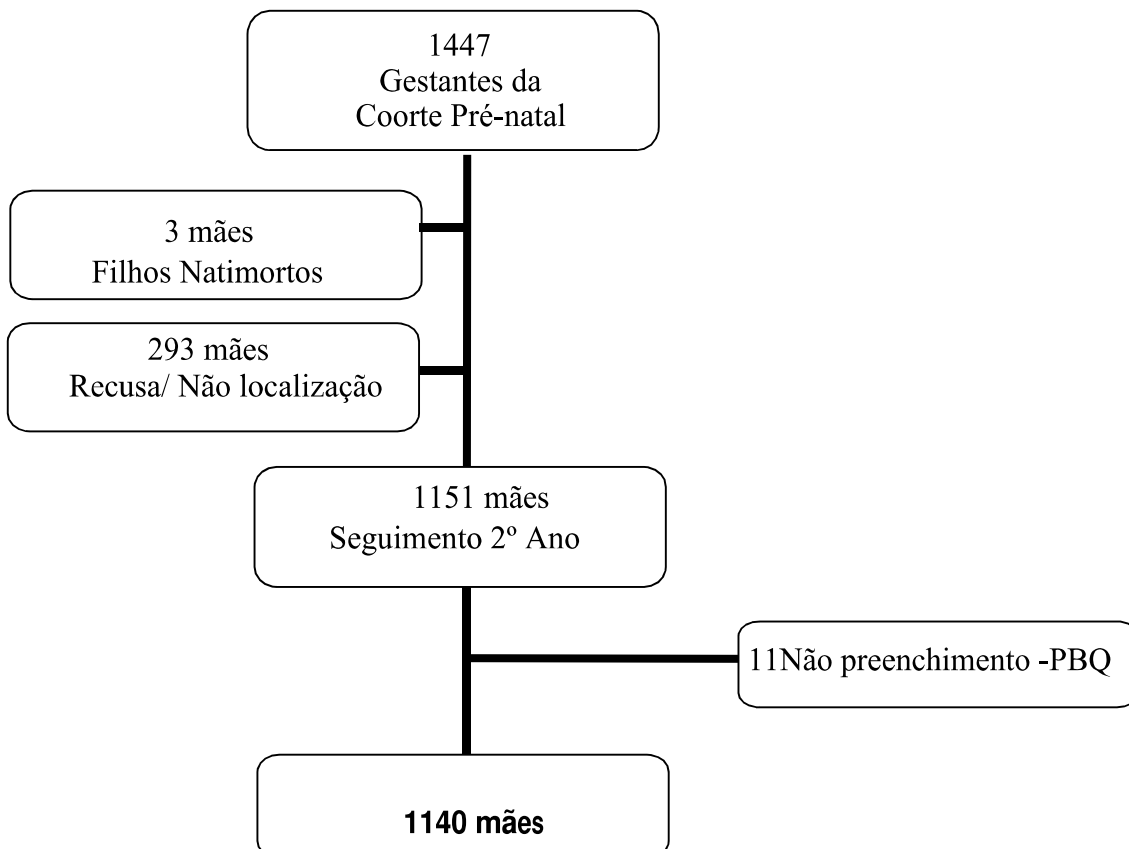
Inicialmente, a amostra foi constituída de 1447 gestantes que estavam com 22 a 25 semanas de gestação e que realizaram ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana, que proporciona uma estimativa mais fidedigna da idade gestacional. Não foram incluídas mulheres com gravidez múltipla. Essas gestantes foram recrutadas em serviços e ambulatórios públicos e privados de pré-natal e convidadas a comparecer ao Centro de Pesquisas Clínicas para entrevista, no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011. A amostra se deu por conveniência, uma vez que não existe registro de todas as mulheres grávidas da população de São Luís, dificultando a obtenção de uma amostra aleatória.

Para que se chegasse a este total, inicialmente, foi feito cálculo amostral pelos pesquisadores responsáveis, considerando que as prevalências relatadas das variáveis explanatórias da pesquisa variavam de 10 a 50%.

Desta forma, considerando-se uma taxa de nascimento pré-termo de 12%, foram recrutadas 3000 mulheres (1500 em cada cidade) o que levaria a um total de 360 casos. Assim, o caso controle aninhado seria baseado em 360 casos e 720 controles (dois controles por caso), com probabilidade de erro tipo I de 5%, poder de 80% capaz de detectar um odds ratio de 1,7 associadas com prevalências das variáveis explanatórias tão baixas como 12%, mesmo na presença de confundimento moderado (OR de 1,8 para confundimento).

A segunda coleta de dados foi conduzida no período de setembro de 2011 a março de 2013, quando as crianças já estavam na faixa etária de 15 a 32 meses. Houve as seguintes perdas: 3 mulheres cujas crianças nasceram mortas, 293 mulheres que se recusaram ou não foram localizadas para a entrevista do segundo ano e 11 mulheres que deixaram de preencher o questionário de relação mãe-filho. Assim, a amostra final constituiu-se de 1140 pares mãe/filho (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.



4.3.1 Critérios de Inclusão e Não Inclusão

Os critérios de inclusão adotados foram: gravidez única, ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação e não ter ultrapassado 25ª semana gestacional na ocasião da coleta de dados, visto que, nesse período, tem-se um cálculo mais fidedigno da idade gestacional. A gravidez múltipla foi critério de não inclusão, pois tem sido apontada como um dos principais determinantes de nascimento pré-termo, mesmo na ausência de complicação.

4.4 Coleta de Dados

Os dados da Coorte do Pré-natal foram coletados por grupos de alunos e graduados da área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados. Foi realizado estudo piloto com simulação de todas as etapas da pesquisa para checagem e ajustes técnicos.

Sendo assim, as gestantes que atenderam aos critérios de inclusão foram contactadas por membros da equipe de trabalho nas três maiores maternidades públicas do município de São Luís e por demanda espontânea. As gestantes foram cadastradas e agendadas para comparecerem ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC), para a realização das entrevistas, com a aplicação dos questionários autoaplicado e aplicado, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quando as crianças estavam na faixa de 15 a 32 meses, as mães foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HUMI) para nova entrevista, juntamente com a criança.

Por telefone, as mães eram informadas sobre o propósito e a importância do seu retorno, juntamente com a criança, e sua avaliação era agendada. Caso não comparecesse no dia agendado, elas eram convidadas, novamente, e uma nova data era marcada. Caso ela se recusasse a participar, sua vontade era respeitada. Quando não foi possível o contato telefônico, um motoboy, devidamente identificado, realizou a busca ativa destas mães pelo endereço.

Ao encontrá-las, o mesmo entregava um panfleto explicativo da pesquisa e solicitava número de telefone para contato, para que, então, fosse agendada a avaliação. Mesmo com o contato telefônico e agendamento da avaliação, algumas mães não compareciam ao HUMI. O Questionário do Seguimento foi padronizado e respondido pela mãe ou responsável pela criança, após o seu consentimento, para avaliar uso de serviços de saúde, imunização e ocorrência de doenças, dentre outros. Também responderam a um questionário sobre a saúde

reprodutiva e um questionário autoaplicado, o qual avaliava eventos de vida estressante, relação mãe-filho e depressão pós-parto.

4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para o estudo das variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, situação conjugal e escolaridade da gestante, chefe da família, Classificação Econômica Brasil e renda familiar) foi utilizado o *Questionário de Entrevista Pré-natal* (ANEXO A). Do *Questionário Autoaplicado do Pré-natal* (ANEXO B), foram extraídas informações sobre sintomas de ansiedade e depressão na gestação e apoio social. Do Seguimento, foi utilizado o *Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna* (ANEXO C). Neste, serão obtidas as informações referentes à relação mãe-filho e sintomas de depressão pós-parto.

Para a avaliação do nível de ansiedade, durante o período gestacional, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck - Beck Anxiety Inventory (BAI), inventário criado por Aaron Beck, Brown e Steer, em 1988, sendo validado no Brasil, por Cunha (2001). Foi desenvolvida para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade, mas não de depressão. A escala consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. A gestante foi perguntada o quanto ela foi incomodada por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos: zero (0) quando a resposta for Ausente; um (1) ponto quando a resposta for Leve; dois (2) pontos quando a resposta for Moderado e três (3) pontos quando a resposta for Grave. Os itens somados resultam em escore total que podem variar de 0 a 63. O escore total permite determinar os graus de ansiedade por pontos de corte: mínimo 0–10; leve 11–19; moderado 20–30 e grave 31–63, que consideram os níveis clínicos “ausente e leve” em *padrões de normalidade* e os níveis “moderado e grave” por serem *níveis significativos de ansiedade*, se encontram nos padrões de patologia (CUNHA, 2001). Este instrumento correspondeu ao item do Bloco O do Questionário Autoaplicado do Pré-natal.

Para a análise de sintomas de depressão, durante o período gestacional, foi utilizada a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). A escala foi desenvolvida para uso em populações sem história conhecida de transtorno mental e avalia a intensidade dos sintomas depressivos, tendo sido previamente aplicada em gestante (CANADY; STOMMEL; HOLZMAN, 2009; LARA; NAVARRETE, 2012). É composta por 20 itens para avaliar a presença de humor deprimido, incluindo sentimento de culpa e tristeza e indicadores psicofisiológicos de depressão, como anorexia e distúrbios do sono. A entrevistada informa a

frequência da ocorrência dos sintomas na última semana, utilizando uma escala que varia de 0, “raramente” (menos de 1 dia) a 3, “durante a maior parte do dia (5 a 7 dias). As questões com conotação positiva (4, 8, 12 e 16) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: (0=3, 1=2, 2=1, 3=0). O escore dos 4 itens positivos é invertido e somado ao escore dos demais, totalizando um escore final que variou de 0 a 60. Utilizou-se como ponto de corte o escore ≥ 22 para “sintomas depressivos graves”, conforme preconizado em estudo prévio (LI; LIU; ODOULI, 2009). Este instrumento correspondeu ao item do Bloco P do Questionário Autoaplicado do Pré-natal.

Para a avaliação do apoio social, foi a escala Medical Outcomes Study (MOS), versão validada no Brasil por Griep et al (2005). Esta escala é composta por 19 itens, compreendendo dimensões funcionais: material, afetiva, emocional/informação e interação social positiva. Para todos os itens, cinco opções de resposta, variando de “nunca” a “sempre”, ou seja, cada item possui cinco opções de respostas apresentadas em uma escala Likert, 1 (“nunca”), 2 (“raramente”), 3 (“às vezes”), 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”), cujo resultado poderia variar de 0 a 76; os valores elevados representando maior apoio social. Este instrumento correspondeu ao item do Bloco S do Questionário Autoaplicado do Pré-natal.

Para a avaliação da relação mãe-filho, foi utilizado o questionário Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), proposto por Brockington *et al.* (2001). Este instrumento corresponde ao item 57 do Bloco N Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna. O instrumento é composto por 25 itens. A escala de resposta escolhida foi de tipo Likert com seis pontos cujas respostas possíveis são “sempre”, “com muita frequência”, “muitas vezes”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, variando de 0 (zero) a 5 (cinco). A escala mede a frequência das respostas emocionais e cognitivas da mãe em relação ao seu bebê (NAZARÉ; FONSECA, CANAVARRO, 2011). Para os itens positivos como “*Gosto muito de brincar com o meu bebê*”, 0 é “sempre” e 5 é “nunca”, enquanto que para os itens negativos como “*Tenho medo do meu bebê*” acontece inversão da pontuação, ou seja, 5 passa a ser “sempre” e 0 “nunca”. Altas pontuações indicam alterações na relação mãe-filho (BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006).

O PBQ tem quatro sub-escalas. A Escala 1 (constituída de 12 itens, variando de 0 a 60 pontos) e reflete o vínculo prejudicado, Escala 2 (7 itens, com pontuação de 0 a 35) reflete rejeição e raiva, a ansiedade com a prestação de cuidado corresponde à Escala 3 (4 itens, variando de 0 a 20) e a Escala 4 reflete risco de abuso (2 itens, pontuações que variam de 0 a 10). A pontuação máxima atingida pelo questionário é de 125 pontos e o ponto de corte para identificar a ligação problemática, os autores sugerem 12 pontos para Escala 1, 17 para Escala

2, 10 para a Escala 3 e para Escala 4 sugerem 3 pontos. Para este estudo, foi considerado o ponto de corte da escala total, classificando a relação mãe-filho em boa relação (≤ 25 pontos) e relação prejudicada (> 25 pontos) (BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006; SIU *et al.*, 2010).

Para a avaliação dos sintomas depressivos pós-parto, foi utilizado a Escala de Edimburgo- *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EPDS), instrumento validado no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999). Trata-se de um questionário de auto-registro composto por 10 (dez) itens, utilizada internacionalmente no estudo da DPP, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 (sete) dias, utilizando uma escala de 0 a 3 do tipo *Likert*. A versão validada no Brasil considerou o escore ≥ 12 para “sintomas depressivos”, como ponto de corte mais adequado para o contexto do país, apresentando sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78% (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999). Este instrumento correspondeu ao item 59 do Bloco N do Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna.

4.5 Variáveis

A variável dependente foi a relação mãe-filho, informação obtida por meio da pontuação alcançada pela mãe no questionário PBQ, sendo categorizada em: boa relação (≤ 25 pontos) e relação prejudicada (> 25 pontos).

As variáveis maternas observadas e coletadas no pré-natal foram: idade da mãe sendo categorizada em: até 19 anos, 20-34 anos, 35 anos ou mais; situação conjugal (casada, união consensual, solteira/viúva e divorciada/separada); sintomas de depressão na gestação (com e sem sintomas); sintomas de depressão pós-parto (com e sem sintomas) e sintomas de ansiedade durante o período gestacional (com e sem sintomas).

O construto situação socioeconômica (SES) foi elaborado a partir das variáveis escolaridade materna (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, e mais de 12 anos de estudo), ocupação do chefe da família (manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, funções de escritório, profissional de nível superior e administradores/gerentes/diretores/proprietários), renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00) (menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos) e classe econômica (D-E, C, A-B).

O instrumento utilizado para medir classe econômica foram os Critérios de Classificação Econômica Brasil, criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (2012). Para o

indicador grau de instrução do chefe de família (sujeito de maior renda), as categorias e pontuações variaram de 0 a 8 pontos, sendo menor para analfabeto/até 3ª série do Ensino Fundamental e maior para Superior completo. Os indicadores de posses eram os seguintes: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer. Para 2010, classe econômica foi classificada em A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 a 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 a 22 pontos), C2 (14 a 17 pontos), D (8 a 13 pontos) e E (0 a 7 pontos).

O construto apoio social foi elaborado a partir de suas dimensões material (quatro questões), emocional/informação (sete questões), afetiva (três perguntas) e interação social positiva (quatro perguntas). Essa forma de analisar o apoio social a partir de quatro subescalas foi proposto pelo Medical Outcomes Study (MOS). Nesse estudo longitudinal realizado com pacientes crônicos norte-americanos, os pesquisadores coletaram as 19 questões de apoio social de forma autoaplicada e utilizaram análise fatorial confirmatória para validação do instrumento (SHERBOURNE; STEWART, 1991).

4.6 Análise dos Dados

4.6.1 Modelagem de Equações Estruturais

Modelagem de equações estruturais não se trata de apenas uma única técnica estatística, mas de uma gama de procedimentos relacionados. Esse método realiza análise fatorial confirmatória e estima uma série de equações de regressão múltipla. A função principal é a especificação e estimação de modelos de relações lineares entre variáveis. Essas variáveis podem ser tanto observadas (ou indicadores) quanto latentes (construídas). As variáveis latentes são construtos hipotéticos que não podem ser mensurados diretamente. Em modelagem de equações estruturais esses construtos são normalmente representados por múltiplas variáveis observadas que servem como indicadores dos construtos. Assim, o modelo é um suposto padrão de relações lineares diretas e indiretas entre um conjunto de variáveis observadas e latentes (KLINE, 2011; MACCALUM; AUSTIN, 2000).

A vantagem da utilização da modelagem de equações estruturais reside no fato de que esta técnica estatística fornece um método direto para lidar com múltiplas relações de dependência, simultaneamente, e consegue representar conceitos não observados nessas relações, explicando o erro de mensuração no processo de estimação. A modelagem estima

uma série de equações de regressão múltipla separadas, mas dependentes entre si, baseadas no modelo estrutural proposto pelo pesquisador (HAIR et al., 2009).

4.6.2 Validade de Construto: Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória

A validade de construto investiga o quanto os traços latentes relacionados ao construto que embasa o instrumento estão, de fato, representados e de que maneira isto ocorre (PASQUALI, 2009). Em geral, a técnica mais utilizada é a Modelagem de Equações Estruturais, sendo os métodos mais utilizados, a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Confirmatória (AFC) (HAIR et al., 2009).

A AFE objetiva encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (BROWN, 2006). Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (HAIR et al., 2009). Ao analisar a estrutura das inter-relações de um determinado número de variáveis observadas, a AFE define o(s) fator(es) que melhor explica(m) a sua covariância (HAIR et al., 2009). As variáveis observadas “pertencem” a um mesmo fator quando, e se, elas partilham uma variância em comum (são influenciadas pelo mesmo construto subjacente) (BROWN, 2006).

Na análise fatorial confirmatória (AFC) é testado se a estrutura fatorial teórica se adequa aos dados observados, ou seja, parte de uma estrutura fatorial pré-determinada e busca analisar se os dados obtidos são adequados à hipótese testada (HAIR, et al., 2009). Por meio da AFC, é possível obter índices de adequação entre modelos: aquele que está sendo testado com um modelo teórico, já apresentado anteriormente. Estes índices são apresentados por meio de medidas de ajuste absoluto, que refletem o grau em que o modelo de medida construído é capaz de prever com o menor erro possível a matriz de variância-covariância ou a matriz de correlação utilizada na modelagem (ULLMAN, 2007).

4.6.3 Modelo Teórico

A Figura 2 mostra o modelo teórico final. A situação socioeconômica (SES) ocupou a posição mais distal, determinando fatores demográficos, psicossociais maternos e de apoio social, que determinaram o desfecho relação mãe-filho. As variáveis SES e Apoio Social foram utilizadas como latentes.

No modelo, os efeitos diretos e indiretos são estimados. De acordo com esta hipótese, sintomas de ansiedade e depressão na gestação e no pós-parto, apoio social, SES, situação conjugal e idade materna exercem um efeito direto sobre a relação mãe-filho. Além disso, os efeitos indiretos também foram estimados: sintomas de ansiedade e depressão na gestação e no pós-parto, apoio social, SES, situação conjugal e idade materna interferindo na relação mãe-filho.

4.6.4 Análise Estatística

As frequências e percentuais da análise descritiva foram calculadas usando a versão 12.0 do programa Stata. A análise estatística foi realizada utilizando o software Mplus, versão 7. Foi utilizado o método de estimação dos mínimos quadrados – WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis observadas categóricas e robusto para não normalidade. A parametrização theta controlou as diferenças de variâncias residuais (MUTHÉN; MUTHÉN, 2010).

Nas análises das estimativas padronizadas para construção das variáveis latentes, considerou-se carga fatorial superior a 0.5, sendo considerado valores mínimos a partir de 0.40 (representante útil do fator), com $p < 0.05$ como indicativa de que a correlação entre a variável observada e o construto é moderadamente alta em magnitude (KLINE, 2011).

Na exploração dos dados, na Análise Fatorial Exploratória (AFE), para a redução do número de itens a um menor número de variáveis (fatores) considerou-se os *eigenvalues* > 1 (auto-valor maior que 1), para determinar o número de fatores a serem retidos. Na estrutura fatorial final da AFE, foi verificado se existiam variáveis que apresentam valores acima de 0,40, valor mínimo necessário para a variável ser um representante útil do fator, contribuindo assim para a construção de fatores distintos (DAMASIO, 2012; FIGUEIREDO; SILVA, 2010).

Na Análise Fatorial Confirmatória (AFC), para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, considerou-se o seguinte: a) p-valor (p) superior a 0.05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0.05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0.08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI); e d) valores Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menores que 1 (KLINE, 2011; WANG; WANG, 2012). O qui-quadrado, graus de liberdade e p-valor foram avaliados, porém não foram adotados como parâmetros para o ajuste do modelo, devido sua sensibilidade ao tamanho da amostra e o índice WRMR ainda é considerado experimental, sendo necessário mais testes de suas propriedades

(BYRNE, 2012; ULLMAN, 2007). Em seguida, foram analisadas as estimativas padronizadas com as cargas fatoriais e o coeficiente de determinação (r^2).

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando modindices foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000 (WANG; WANG, 2012). No modelo final foram avaliados efeitos diretos e indiretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando $p < 0.05$.

Na AFC, o cálculo da validade convergente dos construtos também se torna importante no processo de validação de um instrumento. A validade convergente verifica se os indicadores de um constructo específico compartilham uma alta proporção de sua variância em comum. Essa análise é feita através da confiabilidade de constructo (calculada pela soma das cargas fatoriais padronizadas ao quadrado/soma das cargas ao quadrado + soma dos erros de mensuração). A confiabilidade composta excedendo 0,7 são consideradas satisfatórias e indicam boa validade convergente (HAIR, 2009). Foi estimado também se estas consistências alterariam se algum item fosse eliminado do construto, caso sua carga fatorial se apresentasse abaixo do valor aceitável. Cargas fatoriais acima de 0,40 foram consideradas satisfatórias (ULLMAN, 2007).

4.7 Aspectos éticos

O projeto atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN/196) e de suas complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário-UFMA sob parecer substanciado Nº 223/2009, protocolo: 4771/2008-30 (ANEXO D). Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa e, ao concordarem, assinaram o TCLE (ANEXO E). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe-filho na coorte pré-natal BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais

(Submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. Fator de impacto 0.98. Qualis A2)

Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe-filho na coorte pré-natal BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais

Depressive symptoms and maternal anxiety and damages in the mother -child relationship in the BRISA prenatal cohort: an approach to structural equation modeling

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais¹. E-mail: adrianaods@yahoo.com.br

Vanda Maria Ferreira Simões¹. E-mail: vandamfsimoes@gmail.com

Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro². E-mail: marizelia13@gmail.com

Lívia dos Santos Rodrigues¹. E-mail: livia.s.r@hotmail.com

Zeni Carvalho Lamy¹. E-mail: zenilamy@gmail.com

Rosângela Fernandes Lucena Batista¹. E-mail: rosangelafbatista@gmail.com

Antônio Augusto Moura da Silva¹. E-mail: aamouradasilva@gmail.com

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

²Departamento de Medicina III. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

Correspondência: Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais. Departamento de Saúde Pública, Rua Barão de Itapary, 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís- MA. Telefone: 9832729675. E-mail: adrianaods@yahoo.com.br

Fontes de financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa e ao desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão-FAPEMA (processos: 0035/2008, 00356/11 e 01362-11), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo: 2008-53593-0) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (processos: 471923/2011- 7 e 561058/2010-5)

Não houve conflito de interesses.

Colaboradores:

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais revisou a literatura, realizou a análise estatística e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Vanda Maria Ferreira Simões concebeu o estudo, colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Lívia dos Santos Rodrigues colaborou na análise e interpretação dos dados.

Zeni Carvalho Lamy colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Rosângela Fernandes Lucena Batista colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Antônio Augusto Moura da Silva concebeu o estudo, colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

RESUMO:

Este artigo objetivou analisar associação entre sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe-filho. Estudo de coorte prospectivo, com 1447 gestantes que participaram do Estudo Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) de São Luís-MA. Estas mulheres foram reentrevistadas no segundo ano de vida de seu filho (n=1151). Para verificar prejuízos na relação mãe-filho, foi utilizado o Postpartum Bonding Questionnaire-PBQ (n=1140). No modelo proposto, situação socioeconômica determinou fatores demográficos, psicossociais maternos e de apoio social, que determinaram o desfecho relação mãe-filho. Os modelos foram ajustados por modelagem de equações estruturais, utilizando o MPLUS 7.0. Foi utilizado o método de estimação dos mínimos quadrados (WLSMV) ajustados pela média e variância. O modelo final teve bom ajuste (RMSEA=0.047; CFI=0.984; TLI=0.981). Constataram-se que os sintomas de depressão na gestação e pós-parto associaram-se com relação mãe-filho prejudicada. O maior efeito foi dos sintomas de depressão na gestação. Associaram-se também à relação mãe-filho prejudicada, menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e viver sem companheiro, por via indireta. Sintomas de ansiedade e idade materna não se associaram com a relação mãe-filho. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de maior atenção à saúde de mulheres durante o pré-natal e nos pós-parto, o que poderá contribuir para a identificação de sintomas depressivos e de ansiedade, com o intuito de prevenir possíveis prejuízos na relação mãe-filho.

Palavras-chaves: Gestação. Psicopatologia. Apoio Social. Relação mãe-filho. Modelos estatísticos.

ABSTRACT:

This article aims to analyze the association between depressive symptoms and maternal anxiety and nails losses mother-child relationship. Prospective cohort study with 1447 women who participated in the study Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) of São Luís-MA. These women were re-interviewed in the second year of life of your child (n=1151). To check losses in the mother-child relationship, we used the Postpartum Bonding Questionnaire-PBQ (n=1140). In the proposed model, socioeconomic status determined demographic, maternal psychosocial and social support, which determined the outcome of mother-child relationship. The models were adjusted for structural equation modeling using mplus 7.0. We used the estimation method of least squares (WLSMV) adjusted for mean and variance. The final model had good fit (RMSEA=0.047, CFI=0.984; TLI=0.981). They found that symptoms of depression during pregnancy and postpartum were associated with impaired mother-child relationship. The greatest effect was the symptoms of depression during pregnancy. They associated themselves also to impaired mother-child relationship, less social support, unfavorable socio-economic situation and living without a partner, by indirect means. Symptoms of anxiety and maternal age showed no effect on the mother-child relationship. Thus, it emphasizes the need for greater attention to the health of women during the prenatal and postpartum, which may contribute to the identification of depressive and anxiety symptoms, in order to prevent possible damage in the mother-child relationship.

Keywords: Gestation. Psychopathology. Social support. Mother-child relationship. Statistical models.

Introdução

A gestação e a maternidade têm sido, cada vez mais, alvos de investigação por parte da comunidade científica, sendo assumidas como uma fase de transição, que envolve mudanças nos aspectos hormonal, físico, psicológico, familiar e social, desencadeando reajustamentos e reestruturações na vida dos indivíduos. Essas mudanças têm suscitado a hipótese de que mulheres grávidas podem ser mais vulneráveis às psicopatologias¹.

Os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo o mundo, constituindo-se em um importante problema de saúde pública². Muitos são os fatores que influenciam o aparecimento de problemas psicológicos na gravidez e no pós-parto, em particular, perturbações de ansiedade e de depressão³.

A depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez^{4,5} e o principal fator de risco para a depressão pós-parto^{6,7}. No Brasil, estudos desenvolvidos nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, encontraram que 19,6%⁸ e 20,5%⁹ das participantes, respectivamente, apresentaram indicativo de sintomas de depressão durante período gestacional. Investigação realizada no município do Rio de Janeiro em uma coorte de gestantes constatou índices de ansiedade da ordem de 64,9%. Esses problemas psicopatológicos têm sido relatados como influenciadores na relação mãe-filho¹⁰.

A existência de perturbações na relação mãe-filho pode ter implicações prejudiciais para ambos os membros da díade. Especificamente, pode: influenciar negativamente a saúde mental materna, intensificando sintomas depressivos e ansiosos; comprometer o desenvolvimento infantil; e, ainda, afetar a relação mãe-filho, mesmo a longo prazo¹¹.

O desenvolvimento da relação entre mãe e a criança é um dos processamentos psicológicos mais importante após o parto. A relação mãe-filho pode ser definida como única entre duas pessoas e que perdura através do tempo. Distúrbios nesta relação podem resultar em consequência a longo prazo para a criança, por trazerem grande risco de abuso e negligência com a criança, longo período de distanciamento na relação entre a mãe e criança e distúrbios psiquiátricos e de aprendizado na criança¹².

O relacionamento entre mãe e filho é relativamente influenciado pela experiência anterior e estado da mãe ou expectativas e valores culturais (variáveis potencialmente importantes que tendem a ser negligenciadas), pelas características comportamentais da mãe incluindo sintomas de ansiedade e de depressão, pelos fatores situacionais vivenciados durante a gestação, pelo apoio social recebido durante o período gestacional, pela relação marital e por

fatores sócio-demográficos (tais como, o nível socioeconômico e educacional e idade materna)^{13,14,15,16}.

Estudos apontam que mães que têm depressão e ansiedade durante a gestação e no pós-parto sofrem representações mais negativas de si mesmas e seus filhos e desenvolvem uma relação materno-fetal e materno-infantil mais fracas, podendo levar a resultados comportamentais adversos na criança^{17,18,19,20}.

Recente estudo, em coorte Holandesa, apresentou resultados que ampliam essa discussão, apontando que os sintomas ansiosos e depressivos maternos durante a gravidez e dois meses após o parto não foram relacionados com a insegurança na relação mãe-filho. Os autores sugerem que os altos níveis de apoio social podem ter moderado quaisquer efeitos negativos de uma história de depressão e ansiedade materna e de sintomas depressivos pós-natal sobre a relação mãe-filho²¹.

Desta forma, torna-se relevante a realização de estudos longitudinais voltados para a detecção da prevalência de prejuízos na relação mãe-filho e para a avaliação de aspectos psicossociais maternos e de apoio social que possam influenciar este relacionamento, de forma direta e indireta. Tal conhecimento poderá auxiliar na identificação de díades mais vulneráveis a prejuízos nesta relação e fomentar programas que minimizem suas repercussões no desenvolvimento da criança.

Além disso, a maior parte dos estudos que abordam esse tema utiliza análise por meio de regressão logística^{15,22,23}. Existem críticas na literatura em relação a esta análise estatística, pois só permite investigar relações diretas entre as variáveis explicativas e o desfecho, não havendo possibilidade de avaliar os efeitos dos caminhos indiretos^{24,25}.

Nessa perspectiva, torna-se importante responder aos seguintes questionamentos: os sintomas depressivos e de ansiedade maternos têm efeito sobre a relação mãe-filho? O apoio social tem efeito modificador nessa relação? Portanto, esta pesquisa teve o objetivo de analisar associação entre aspectos psicossociais maternos e a relação mãe-filho, em uma coorte pré-natal em São Luís, estado do Maranhão. Para isto, optou-se por utilizar modelagem de equações estruturais, o que permitiu a avaliação simultânea de efeitos diretos e indiretos de algumas variáveis na relação mãe-filho.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que teve seus dados coletados do *Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies* (BRISA) no município de São Luís e

intitulado “*Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA*”²⁶.

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada na região Nordeste do país, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes e possuía renda *per capita* de R\$ 805,36 (equivalente a US\$ 351,69). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 50% das residências são ligadas à rede de esgotos e 75% recebem água encanada. Seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) publicado foi de 0,768, levando-a a posição de 249º entre os municípios do Brasil²⁷.

Participantes e amostra

Inicialmente, a amostra foi constituída de 1447 gestantes com 22 a 25 semanas de gestação e que haviam realizado ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana, por proporcionar uma estimativa mais fidedigna da idade gestacional. Não foram incluídas mulheres com gravidez múltipla. Essas gestantes foram recrutadas em serviços e ambulatórios públicos e privados de pré-natal e convidadas a comparecer ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC), para entrevista, no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011. A amostra se deu por conveniência, uma vez que não existe registro de todas as mulheres grávidas da população de São Luís, dificultando a obtenção de uma amostra aleatória. Detalhes do método já foram publicados²⁸.

A segunda entrevista com as mulheres foi realizada no período de setembro de 2011 a março de 2013, quando as crianças já estavam na faixa etária de 15 a 32 meses. Nesta etapa ocorreram as seguintes perdas: 3 mulheres cujas crianças nasceram mortas, 293 mulheres que se recusaram ou não foram localizadas e 11 mulheres que deixaram de preencher o questionário de relação mãe-filho. Assim, a amostra final constituiu-se de 1140 pares mãe/filho (Figura 1).

Coleta de dados

Para o estudo das variáveis socioeconômicas e demográficas, foi utilizado o *Questionário de Entrevista Pré-natal*, aplicado por entrevistadoras. O *Questionário Autoaplicado do Pré-natal*, foi lido e respondido pelas gestantes, onde foram extraídas informações sobre sintomas de ansiedade, de depressão na gestação e de apoio social. Do *Questionário Autoaplicado de Saúde Mental Materna* extraíram-se as informações referentes à

relação mãe-filho e aos sintomas de depressão pós-parto, sendo lido e respondido pelas gestantes.

Variáveis

A variável dependente foi a relação mãe-filho, informação obtida por meio da pontuação alcançada pela mãe no questionário Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), proposto por Brockington et al ¹¹. O instrumento é composto por 25 itens. A escala de resposta escolhida foi de tipo Likert com seis pontos cujas respostas possíveis são “sempre”, “com muita frequência”, “muitas vezes”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, variando de 0 (zero) a 5 (cinco). A escala mede a frequência das respostas emocionais e cognitivas da mãe em relação ao seu bebê ²⁹. É um instrumento com alto coeficiente de consistência interna e elevada sensibilidade para identificar disfunções leves e graves nas relações afetivas entre mãe e bebê³⁰.

A pontuação máxima atingida pelo questionário é de 125 pontos e ponto de corte para escala total de 25 pontos^{31,32}. Foi considerado o ponto de corte da escala total, classificando a relação mãe-filho em boa relação (≤ 25 pontos) e relação prejudicada (> 25 pontos), mostrando que mães que apresentaram maiores escores do PBQ, indicaram prejuízos na relação mãe-filho.

As variáveis maternas coletadas no pré-natal para análise foram: idade da mãe sendo categorizada em: até 19 anos, 20-34 anos, 35 anos ou mais; situação conjugal (casada, união consensual, solteira/viúva e divorciada/separada); sintomas de depressão na gestação (com e sem sintomas); sintomas de depressão pós-parto (com e sem sintomas) e sintomas de ansiedade durante o período gestacional (com e sem sintomas).

A avaliação de sintomas depressivos pós-parto foi realizada através da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) composta por 10 enunciados, cujas respostas foram pontuadas de zero a três. Após o somatório dos pontos, considerou-se a presença de sintomas depressivos entre as mulheres que apresentaram escore igual ou maior que 12 ³³. Para identificação de sintomas depressivos na gestação, utilizou-se a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), sendo considerado o ponto de corte igual ou maior que 22 ³⁴.

Ansiedade foi verificada através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o qual mede a intensidade dos sintomas de ansiedade, categorizada em: ansiedade mínima (de 0 a 10 pontos), leve (de 11 a 19 pontos), moderada (de 20 a 30 pontos) e grave (de 31 a 63 pontos), que consideram os níveis clínicos “mínimo e leve” em *padrões de normalidade* e os níveis

“moderado e grave” por serem *níveis significativos de ansiedade*, se encontram nos padrões de patologia³⁵.

O construto situação socioeconômica (SES) foi elaborado a partir das variáveis escolaridade materna (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, e mais de 12 anos de estudo), ocupação do chefe da família (manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, funções de escritório, profissional de nível superior e administradores/gerentes/diretores/proprietários), renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00) (menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos) e classe econômica (D-E, C, A-B), segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil, a partir do instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)³⁶, sendo as categorias A e B com maior poder de consumo.

O construto apoio social foi elaborado a partir de suas dimensões material, emocional/informação, afetiva e interação social positiva. Essa forma de analisar o apoio social a partir de quatro subescalas foi proposto pelo Medical Outcomes Study (MOS)^{37,38}.

Modelagem de Equações Estruturais e Modelo Teórico

Modelagem de equações estruturais realiza análise fatorial confirmatória e estima uma série de equações de regressão múltipla. Trata-se de uma técnica de análise multivariada que permite avaliar o padrão de correlações entre as variáveis observadas (indicadores) e os fatores (dimensões), partindo de uma hipótese prévia baseada na teoria. Assim, o modelo é um suposto padrão de relações lineares diretas e indiretas entre um conjunto de variáveis observadas e latentes^{24,39}. A vantagem da utilização da modelagem de equações estruturais reside no fato de que esta técnica estatística estima uma série de equações de regressão múltipla separadas, mas dependentes entre si, baseadas no modelo estrutural proposto pelo pesquisador⁴⁰.

A Figura 2 mostra o modelo teórico final. A situação socioeconômica (SES) ocupou a posição mais distal, determinando fatores demográficos, psicossociais maternos e de apoio social, que determinaram o desfecho relação mãe-filho. As variáveis SES e Apoio Social foram utilizadas como latentes. No modelo, os efeitos diretos e indiretos são estimados.

Análise dos dados

As frequências e percentuais da análise descritiva foram calculadas usando a versão 12.0 do programa Stata. A análise estatística foi realizada utilizando o software Mplus, versão 7. Foi utilizado o método de estimação dos mínimos quadrados ponderados ajustados pela média e variância – WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis *observadas categóricas* e robusto para não normalidade. A parametrização theta controlou as diferenças de variâncias residuais⁴¹.

Nas análises das estimativas padronizadas para construção das variáveis latentes, considerou-se carga fatorial superior a 0.5, sendo considerado valores mínimos a partir de 0,40 (representante útil do fator), com $p < 0.05$ como indicativa de que a correlação entre a variável observada e o construto é moderadamente alta em magnitude²⁴.

Para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, considerou-se o seguinte: a) p-valor (p) superior a 0.05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0.05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0.08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI); e d) valores Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menores que 1^{24,25}. O qui-quadrado, graus de liberdade e p-valor foram avaliados, porém não foram adotados como parâmetros para o ajuste do modelo, devido sua sensibilidade ao tamanho da amostra e o índice WRMR ainda é considerado experimental, sendo necessário mais testes de suas propriedades⁴².

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando modindices foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000²⁵. No modelo final foram avaliados efeitos diretos e indiretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando $p < 0.05$.

Aspectos éticos

O projeto atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-UFMA sob parecer substanciado N° 223/2009, protocolo: 4771/2008-30. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

Resultados

Na amostra de 1.140 mães, 80,35% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, 76,29% tinham escolaridade de 9 a 11 anos de estudo, 57,72% viviam em união consensual, 52,17% pertenciam a famílias com renda mensal média de 1 a menos que 3 salários mínimos, em 42,58% dos casos o chefe de família tinha ocupação manual semiespecializada e, aproximadamente, 68,75% eram pertencentes à classe econômica C (Tabela 1).

Quanto aos aspectos psicossociais maternos, 27,25% das mulheres apresentaram sintomas de depressão na gestação, 19,63% sintomas de depressão pós-parto e 22,78% e 14,60%, apresentaram, respectivamente, ansiedade moderada e grave, totalizando 37,38% mulheres que se encontram em níveis significativos de ansiedade. A frequência de relação mãe-filho prejudicada atingiu 6,14% (Tabela 1).

O Modelo 1 (modelo inicial) não teve bom ajuste segundo o indicador RMSEA (0.054), embora tenha sido observado bom ajuste para os indicadores CFI (0.978) e TLI (0.975). A sugestão de modificação plausível de maior índice (296.087) foi incluir um caminho partindo da variável sintomas depressivos na gestação em direção à sintomas de ansiedade na gestação, que originou o Modelo 2 (Tabela 2).

Para Modelo 2 (modelo final), houve melhora do ajuste para todos os indicadores (RMSEA=0.047;CFI=0.984;TLI=0.981). Sugestões de modificação para esse modelo estiveram relacionadas a mudanças em variáveis latentes, o que não foi considerado plausível do ponto de vista teórico (Tabela 2). No Modelo final, cada indicador das variáveis latentes situação socioeconômica (SES) e apoio social (SUPP) teve carga fatorial superior a 0.4 com p-valor inferior a 0.001 para todos os seus componentes (Figura 2; Tabela 3).

Os sintomas de depressão na gestação tiveram efeito total (Coeficiente padronizado CP=0.336; p valor $p < 0.001$) e direto (CP=0.292; $p = 0.004$) positivos, revelando que mães com sintomas de depressão na gestação apresentaram maiores escores do PBQ, indicando prejuízos na relação mãe-filho.

Os sintomas de depressão pós-parto também tiveram efeito direto positivo (CP=0.258; $p = 0.001$), revelando que mães com sintomas de depressão pós-parto também indicaram maiores escores do PBQ, com uma relação mãe-filho prejudicada.

Os sintomas de depressão na gestação tiveram efeito direto e positivo nos sintomas de depressão pós-parto (CP=0.410; $p<0.001$), mostrando que mães com sintomas de depressão gestacional apresentaram mais sintomas de depressão pós-parto.

Os sintomas de ansiedade na gestação não tiveram efeito total na relação mãe-filho (CP=-0.097; $p=0.247$).

Apoio social (SUPP) teve efeitos total (CP=-0.156; $p=0.012$) e indireto (CP=-0.108, $p<0.001$) negativos na relação mãe-filho, principalmente, via sintomas de depressão na gestação (CP= -0.082; $p=0.009$) e sintomas depressivos no pós-parto e gestacionais (CP= -0.030; $p=0.010$).

Situação socioeconômica (SES) teve efeitos total (CP=-0.173; $p=0.009$) e indireto (CP=-0.118, $p<0.001$) negativos na relação mãe-filho, principalmente, via sintomas de depressão na gestação e menor apoio social (CP= -0.018; $p=0.016$).

A situação conjugal da mãe teve efeitos total (CP=0.161; $p=0.009$) e indireto (CP=0.060; $p=0.018$) positivos, via sintomas de depressão, mostrando que gestantes sem companheiro, apresentaram mais sintomas de depressão e maior escore do PBQ, indicando prejuízos na mãe-filho.

A idade materna teve efeito total (CP= -0.168; $p=0.024$), no entanto, não teve efeito direto na relação mãe-filho (CP= -0.152; $p=0.051$), mostrando que maior idade materna foi associada a menor escore do PBQ, sem prejuízos na relação mãe-filho.

Discussão

Na coorte pré-natal BRISA São Luís, gestantes com sintomas de depressão na gestação e pós-parto apresentaram maior escore do PBQ, indicando prejuízos na relação mãe-filho. Esses efeitos foram direto e positivo. O maior efeito foi dos sintomas de depressão na gestação. Associaram-se também à relação mãe-filho prejudicada, menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e viver sem companheiro. A associação entre estes eventos deu-se por efeito indireto, via sintomas depressivos e menor apoio social. Constatou-se, também, a existência de uma associação positiva entre sintomas de depressão na gestação e sintomas de depressão pós-parto.

O estado afetivo das mães é de extrema importância para a relação entre mãe e filho⁴³. Pesquisas vem evidenciando os efeitos negativos de sintomas depressivos sobre esta relação^{44,45,46}, e sobre o desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças⁴⁷.

Estudo longitudinal desenvolvido com 206 gestantes objetivando analisar os efeitos de características maternas, apoio social e fatores de risco para a relação mãe-filho, observaram que, mulheres que experimentaram depressão durante a gravidez apresentaram mais depressão pós-parto, menos flexibilidade ou abertura à mudança, menor coerência, menor sensibilidade, menor aceitação da criança, mais ansiedade, e menos sentimentos de auto-eficácia como cuidadora. Os resultados do estudo também elucidaram sobre a importância do apoio social materno como tendo uma influência direta e positiva sobre a relação mãe-filho. Os fatores de risco, tais como: a pobreza e baixo nível socioeconômico da gestante foram diretamente relacionados com representações menos seguras da relação mãe-filho⁴⁸.

Estudos evidenciam que, no âmbito do comportamento e da capacidade de sensibilidade materna, observam-se nas mães com depressão dificuldades nas trocas afetivas, estabelecimento de apego inseguro entre a díade mãe-filho⁴⁹ e incapacidade materna de sensibilidade ao choro do filho⁵⁰. Mães depressivas também apresentam maiores dificuldades em engajarem-se em cuidados de saúde, tanto pessoal como do filho e negligência⁵¹.

Uma pesquisa realizada, na Inglaterra, mostrou que as mulheres que sofriam de depressão tinham dificuldades em desenvolver sentimentos maternos em relação aos seus filhos em comparação com as mulheres que não estavam deprimidas¹⁸. Similarmente, um estudo japonês também encontrou associação positiva entre a depressão pós-parto e a desorganização na relação mãe-filho¹⁹.

Em concordância a estes resultados, um estudo de metanálise sobre as interações precoces mostrou que, frequentemente, mães deprimidas referem mais dificuldades definindo-se como menos competentes e menos engajadas, mais irritadas e hostis, menos ligadas emocionalmente aos filhos, mais dependentes e isoladas socialmente, e tendem a descrever as crianças como de temperamento difícil⁵².

No presente estudo, os sintomas de depressão na gestação tiveram efeito direto e positivo nos sintomas de depressão pós-parto, evidenciando que mulheres que apresentaram sintomas de depressão durante a gestação são mais vulneráveis a sintomas de depressão pós-parto. Um estudo longitudinal realizado na Inglaterra em gestantes (n=8323), objetivando estudar a associação entre a depressão na gestação e no pós-parto, mostraram que a depressão durante a gestação foi o fator de risco mais forte para a depressão pós-parto⁵³. Uma revisão sistemática de estudos tem confirmado este achado, constando que 41,5 % dos casos de depressão pós-parto tinham surgido durante o período gestacional, o que sugere que as intervenções para a depressão devam iniciar desde o pré-natal⁵⁴.

Os sintomas de ansiedade na gestação não tiveram efeito total na relação mãe-filho. Porém, outros estudos fornecem indícios de que a ansiedade na gestação pode afetar a relação mãe-filho^{8,10,15}. A literatura descreve que, ao estudar as relações existentes entre ansiedade e relação mãe-filho, existe associação significativa entre a vinculação da gestante e sintomas de ansiedade. As gestantes que apresentam altos níveis ansiedade estão no grupo de gestantes que possuem uma vinculação insegura com seu filho¹³.

Diante deste cenário, constata-se que os agravos à saúde mental afetam a capacidade de cuidado materno e com efeitos negativos na saúde mental das crianças, uma vez que os efeitos negativos dos afetos depressivos na mãe podem exprimir irritação, imprevisibilidade e tristeza, o que pode prejudicar a qualidade da interação mãe-filho⁴⁹.

Neste estudo, constatou-se que gestantes que menor apoio social, sintomas depressivos na gestação e no pós-parto estiveram associados a maior escore do PBQ, indicando prejuízos na relação mãe-filho. O apoio social é de extrema importância para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos²².

Os resultados encontrados neste domínio vão ao encontro dos estudos publicados, que evidenciam que o apoio social poderá ser um fator de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão^{55,56,57}. A disponibilidade de apoio social facilita uma maternagem responsiva, principalmente, sob condições estressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro mãe-filho, além de afetar diretamente a criança, através do contato dela com os membros desta rede de apoio⁵⁸. Em estudo realizado por Airoso e Silva¹⁵, com objetivo de avaliar a associação entre apoio social e sintomatologia depressiva, estresse, ansiedade e vinculação mãe-filho em amostra de 100 gestantes, foi observado que o apoio social estava negativamente relacionado a ansiedade e depressão e positivamente relacionado com a vinculação materna, assim como constatou a existência de uma associação negativa entre ansiedade e depressão e vinculação materna. O papel do apoio social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente, em momentos em que se observam diversas modificações psicossociais e fisiológicas como é o caso da gravidez e do puerpério, sendo que o apoio social está associado com a saúde mental, especificamente com sintomatologia depressiva e ansiosa nos estados gravídicos e puerperais e, conseqüentemente, interferindo na relação da díade mãe-filho⁵⁹.

Observou-se que as gestantes deste estudo, em situação econômica desfavorável e sem companheiro apresentaram maior escore do PBQ, indicando prejuízos na relação mãe-filho, com presença de sintomas de depressão na gestação e no pós-parto e menor apoio social.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo com modelagem em equações estruturais sobre estresse, apoio social e situação socioeconômica, em uma amostra de mulheres grávidas (n=2052). Os resultados evidenciaram que as mulheres grávidas jovens, de situação socioeconômica desfavorável, sem companheiros, sofrem mais stress ou se sentem sem apoio social e estão em maior risco de sofrer problemas emocionais, como a depressão e a ansiedade, podendo trazer consequências diversas, dentre elas o enfraquecimento da relação mãe-filho⁶⁰. A literatura aponta que contextos de vida menos favoráveis repercutem negativamente na relação mãe-filho^{61,62}. Em uma coorte no Canadá, avaliaram a disponibilidade emocional de 4.109 mães inseridas em situação de risco psicossocial e concluíram que a segurança financeira, o nível educacional, o calor afetivo e a sensibilidade dos pais são fatores de proteção para a relação mãe-filho com previsão de resultados positivos para criança⁶³.

Desta forma, ambientes domésticos positivos, estáveis e estimulantes possibilitam que a relação se estabeleça de forma mais saudável. Na amostra estudada, observou-se que gestantes, em situação econômica desfavorável, com sintomatologia de depressão, apresentaram prejuízos na relação mãe-filho, provavelmente, por proverem ao seu filho menos oportunidades de estimulação do que as mães com um status mais elevado.

Ao avaliar relação entre risco psicossocial e qualidade da interação entre mães e filhos, um estudo em Portugal, comparou dois grupos em termo de presença e ausência de risco, totalizando 30 díades. Identificou-se pior interação entre mães com baixa escolaridade, com emprego precário ou sem emprego e inseridas em família de baixo rendimento econômico⁶⁴. Tais condições poderiam influenciar negativamente a qualidade da interação materna por constituírem fonte de estresse familiar e devido à dificuldade dessas mães reconhecerem e responderem aos sinais da criança⁶⁵.

Como limitação deste estudo, aponta-se para a coleta de dados sobre a saúde mental materna, por instrumentos de rastreamento de sintomas dos transtornos mentais e não diagnósticos. Entretanto, nosso estudo, utilizou-se de instrumentos reconhecidos internacionalmente e validados no Brasil.

Acredita-se que este estudo apresente como pontos fortes, um tamanho amostral satisfatório (apesar de ser uma amostra de conveniência), ser um estudo de coorte (desenho por excelência para determinar os fatores de risco associados com vários desfechos) e utilizar

análise por meio da modelagem de equações estruturais, já que este método estima uma série de equações de regressão múltipla separadas e dependentes entre si, estabelecendo relações lineares diretas e indiretas entre as variáveis.

Além disso, o instrumento utilizado para verificar prejuízos na relação mãe-filho, constitui-se em uma ferramenta importante para o profissional da saúde, especialmente da atenção primária, pois uma de suas particularidades é a aplicação em serviços de saúde situados na comunidade³¹.

O principal e mais importante achado desta pesquisa suporta a evidência de que os sintomas de depressão na gestação e no pós-parto estiveram associados a maior escore do PBQ, indicando prejuízos na relação mãe-filho, associando também menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e viver sem companheiro.

Estes achados reforçam a importância da melhoria da saúde das mulheres em idade reprodutiva, com acompanhamento e educação de saúde emocional, o que poderá contribuir para a identificação de sintomas depressivos e de ansiedade, com o intuito de prevenir possíveis prejuízos na relação mãe-filho.

Referências

1. Bayle FC. À volta do nascimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
2. World Health Organization. WHO Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: World Health Organization, 2009.
3. Pacheco A, Figueiredo B, Costa R, Pais A. Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2005;1(7):7-41.
4. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb; 119:1-8.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):698-709.
6. Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med*. 2006 Dec;51(12):955-60.
7. Dmitrovic BK, Dugalic MG, Balkoski, GN, Dmitrovic A, Soldatovic I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Inter J Soc Psychiatry*. 2013Dec;22.

8. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch. Womens Ment. Health.* 2007 Feb;10(1):25-32.
9. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Jun;34(2):143-8.
10. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma corte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2008; 8(3):333-40.
11. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M. A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of women's mental health.* 2001;3(4):133-40.
12. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet.* 2004; 363(9414):1077-78.
13. Schmidt EB, Argimon ILL. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia.* 2009; 19(43):211-20.
14. Martins CFDS. Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebê. 2012.
15. Airoso S, Silva I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2013;14(1):64-77.
16. Pommé E. O vínculo mãe-bebê: primeiros contatos e a importância do holding. 2008.
17. Agnafors S, Sydsjo G, DeKeyser L, Svedin CG. Symptoms of depression postpartum and 12 years Later-associations to child mental health at 12 years of age. *Matern Child Health J.* 2013; 17:405-14.
18. O'higgins M, Roberts ISJ, Glover V, Taylor A. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health.* 2013; 16:381-89.
19. Yoshida K, Yamashita H. A Japanese version of Mother-to- Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(5):343-52.
20. Araújo DMR, Pacheco AHRN, Pimenta AM, Kac G. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma corte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2008; 8(3):333-40.
21. Tharner A, Luijk MPCM, Ijzendoorn MHV, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attachment & Human Development.* 2012Jan;14(1):63-81.

22. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre o suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia Vetor Editora*. 2006;7(1):39-48.
23. Silva MMJ. Avaliação da ansiedade e depressão na gravidez. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais; 2014.
24. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press, 2011.
25. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: applications using Mplus. Noida: Thomson Digital, 2012.
26. Barbieri MA, Bettioli H, Silva AA, Goldani MZ. Papers from the Ribeirão Preto and São Luís birth cohort studies: presentation. *Braz J Med Biol Research*. 2007; 8(9): 1163-4.
27. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: IBGE; 2014 [citado 02 nov. 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis|infograficos:-informacoes-completas>.
28. Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Cardoso VC, Alves AC, Thomaz EBAF, et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). *Reprod Health*. 2014 Nov; 11(1):79. doi: 10.1186/1742-4755-11-79.
29. Nazaré B, Fonseca A, Canavarro MC. Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia, 2011.
30. Perrelli JGA, Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014;32(3):257-65.
31. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of women's mental health*. 2006;9(5):233-42.
32. Siu BW-M, Ip P, Chow HM-T, Kwok SS-P, Li O-L, Koo M-L, et al. Impairment of mother-infant relationship: validation of the Chinese version of Postpartum Bonding Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010;198(3):174-9.
33. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999; 26(2):32-40.
34. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009; 24:146-53.
35. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001:11-3.
36. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. [Internet]. São Paulo, SP: ABEP; 2015 [citado 20 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

37. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:703-14.
38. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*. 1991; 32:705-714.
39. MacCallum RC, Austin JT. Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annu Rev Psychol*. 2000; 51:201-26.
40. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
41. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus: statistical analysis with latent variables. User's guide*. (1998-2010). 6. ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, Apr. 2010.
42. Byrne BM. *Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications and programming*. New York: Routledge, 2012.
43. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of affective disorders*. 2002;70(3):291-306.
44. Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Widström AM. Fussy child - difficult parenthood? Comparisons between families with a 'depressed' mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2000;18(3):225-38.
45. Dennis C-L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Bmj*. 2005;331(7507):15.
46. McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009;54(1):50-6.
47. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*. 2003;6(4):263-74.
48. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA, Alexander von E. The Impact of Maternal Characteristics and Contextual Variables on Infant-Mother Attachment. *Child Development*. 2004;75(2):480-96.
49. Schwengber DDS, Piccinini CA. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2004; 20(3): 233-40.
50. Donovan WL, Leavitt LA, Walsh RO. Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. *Inf Behav Dev*. 1998; 21(3):505-17
51. Leiferman J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Educ Behav*. 2002; 29(5):596-607.

52. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2000; 20:561–92.
53. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004; 80(1):65-73.
54. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. In: Anthony JC, Eaton WE, Henderson AS, editors. *Epidemiologic reviews: psychiatric epidemiology*. Maryland: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1995. p. 165-72.
55. Cutrona CE, Troutman BR. Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*. 1986;6(57):1507-18.
56. Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;1(25), 95-100.
57. Lovisi G, Milanil I, Caetano G, Abelha L, Morgado A. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*. 1996;2(15), 65-8.
58. Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Dev*. 1981;52(3):857-65
59. Hung C, Chung H. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36(5), 676-84.
60. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25:247-55.
61. Chapieski ML, Evankovich KD. Behavioral effects of prematurity. *Semin Perinatol*. 1997; 21(3):221-39.
62. Coyl DD, Roggman LA, Newland LA. Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Ment Health*. 2002; 23(1-2):145-63.
63. Stack DM, Serbin LA, Girouard N, Enns LN, Bentley VMN, Ledingham JE, et al. The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2012; 24:93-105.
64. Ferreira T, Lima IA. Responsividade materna e risco psicossocial: implicações práticas. *Rev Amazônica VIII*. 2012; (1):33-52.
65. Popp T, Spinrad T, Smith C. The relation of cumulative demographic risk to mothers' responsivity and control: Examining the role of toddler temperament. *Infancy*. 2008; 13:496-518.

5.2 Artigo 2

**Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Rastreamento
Populacional para Depressão (CES-D) em gestantes: resultados
da coorte pré-natal BRISA**

(a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil)

**Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Rastreamento Populacional para
Depressão (CES-D) em gestantes: resultados da coorte pré-natal BRISA**

**Confirmatory Factor Analysis of Population Screening Scale for Depression (CES- D) in
pregnant women: results of the BRISA prenatal cohort**

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais¹. E-mail: adrianaods@yahoo.com.br

Vanda Maria Ferreira Simões¹. E-mail: vandamfsimoes@gmail.com

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

Correspondência: Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais. Departamento de Saúde Pública, Rua Barão de Itapary, 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís- MA. Telefone: 9832729675. E-mail: adrianaods@yahoo.com.br

Fontes de financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa e ao desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão- FAPEMA (processos: 0035/2008, 00356/11 e 01362-11), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (processo: 2008-53593-0) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (processos: 471923/2011- 7 e 561058/2010-5)

Não houve conflito de interesses.

Colaboradores:

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais revisou a literatura, realizou a análise estatística e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Vanda Maria Ferreira Simões concebeu o estudo, colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

RESUMO:

O presente estudo teve como objetivo analisar as propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) para medir sintomas de depressão em gestantes. Foram utilizados dados do Estudo Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) de São Luís-MA. A amostra consistiu de 1.447 gestantes. Vinte variáveis foram selecionadas a partir de um questionário auto-aplicável. Análise fatorial confirmatória foi utilizada para investigar se a depressão é uma construção uni ou multidimensional. Foi utilizado o método de estimação dos mínimos quadrados (WLSMV) ajustados pela média e variância, utilizando o MPLUS 7.0. Análise Fatorial Exploratória sugeriu modelos com até quatro dimensões, com bom ajuste apenas para os modelos com 3 e 4 dimensões. Além desses modelos, foram testados na Análise Fatorial Confirmatória os modelos de referência e um novo modelo, sem os itens 4 e 8 do instrumento, que apresentaram cargas fatoriais baixas ($<0,40$). Modelos sugeridos a partir de índices de modificação foram testados para determinar um melhor ajuste. Todos os modelos finais testados apresentaram valores adequados segundo CFI e TLI. O Modelo 5 com quatro dimensões apresentou valor de RMSEA (0.069), podendo ser considerado aceitável. O Modelo 7 final de quatro dimensões, após duas modificações, mostrou um valor de 0.049 para o mesmo índice, considerado bom ajuste e boa confiabilidade composta ($\alpha > 0,70$). Constatou-se que os modelos se mostraram adequados para avaliar sintomas de depressão em gestantes na cidade de São Luís, sendo considerado um construto multidimensional composto pelas dimensões somática, interpessoal, afetos positivos e negativos. Confirma-se a utilização da CES-D para medir sintomas de depressão em gestantes, considerando sua utilidade prática, por ser uma escala com bom índice de ajuste.

Palavras-chaves: Gestantes. Escala de Rastreamento Populacional para Depressão. Análise Fatorial Confirmatória.

ABSTRACT:

The present study analyzed the psychometric properties of the Population Screening Scale for Depression Epidemiological Studies Center (CES-D) to measure symptoms of depression in pregnant women. Study data were used Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) of São Luís- MA. The sample consisted of 1.447 pregnant women. Twenty variables were selected from a self-administered questionnaire. Confirmatory factor analysis was used to investigate whether depression is a single or multi-dimensional construction. We used the estimation method of least squares (WLSMV) adjusted for mean and variance using the mplus 7.0. Exploratory factor analysis suggested models with up to four dimensions, with good adjustment only for models with 3 and 4 dimensions. In addition to these models were tested on Confirmatory Factor Analysis of the reference model and a new model without the items 4 and 8 of the instrument, which had low factor loadings (<0.40). Suggested models from modification indices were tested to determine the best fit. All tested end models presented adequate values by CFI and TLI. The Model 5 with four dimensions presented value of RMSEA (0.069), can be considered acceptable. The Model 7 final four dimensions, after two changes, showed a value of 0.049 for the same index, considered good fit and good composite reliability ($\alpha > 0.70$). It was found that the models were suitable to assess symptoms of depression in pregnant women in the city of St. Louis, is considered a multidimensional construct composed of the somatic dimensions, interpersonal, positive affect and negative. It is confirmed using the CES-D to measure symptoms of depression in pregnant women, considering its practical use, because it is a good fit with scale index.

Keywords: Pregnant women. Population Screening Scale for Depression. Factor Analysis Confirmatory.

Introdução

A gestação é um período complexo na vida da mulher, marcado por inúmeras mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que têm consequências imediatas e futuras tanto para a mãe quanto para o filho¹. A depressão é o transtorno mental mais comum durante a gravidez^{2,3}. Pesquisas apontam que 7 a 25% das mulheres apresentam sintomas depressivos durante o período gestacional⁴.

Diversos estudos epidemiológicos apontam que a depressão gestacional se constitui em uma questão importante para o campo da saúde pública, visto que representa um forte fator de risco à depressão pós-parto^{5,6}, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê. Além das novas evidências de que a depressão na gestação possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afetar o desenvolvimento da criança^{7,8}. Em vista dos efeitos negativos da depressão na gravidez, instrumentos válidos e confiáveis são necessários em sua avaliação.

Em 1977, Radlof desenvolveu a Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D), que é a Escala de Rastreamento Populacional para Depressão mais utilizada em todo o mundo⁹. Elaborada pelo National Institute of Mental Health (EUA), esta escala de autorrelato visa identificar humor depressivo em estudos populacionais. Trata-se de uma escala composta por 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista, agrupadas em quatro dimensões ou fatores, que refletem humor depressivo; afetos positivos; sintomas somáticos e problemas interpessoais¹⁰.

Estudos de validação em diferentes populações mostraram que a escala CES-D se correlaciona significativamente com indicadores clínicos de depressão e que tem bons índices de confiabilidade interna^{11,12,13}. Dentre os tipos de métodos estatísticos possíveis para validação de um instrumento, a análise fatorial pode ser aplicada segundo duas perspectivas: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFE objetiva encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas¹⁴. A AFC trata-se de uma técnica de análise multivariada que permite avaliar o padrão de correlações entre as variáveis observadas (indicadores) e os fatores (dimensões), partindo de uma hipótese prévia baseada na teoria^{15,16}.

Pesquisas que utilizaram a AFC, evidenciaram boa reprodutibilidade das medidas da escala, porém confirmando diferenças na estrutura e na hierarquia dos quatro fatores da CES-D em diferentes grupos etários, culturais, de renda e escolaridade, assim como em grupos afetados por eventos estressantes e por suporte social insatisfatório^{17,18,19}.

No Brasil, as propriedades psicométricas da CES-D foram investigadas inicialmente por Silveira e Jorge (1998)²⁰, em estudantes universitários, utilizando a AFE e encontraram quatro fatores. Posteriormente, em dois estudos com idosos, Batistoni, Neri e Cupertino relataram uma dimensionalidade diferente com apenas três fatores, utilizando AFE (2007) e AFC (2010)^{11,21}. Uma pesquisa com estudantes universitários, elaborado por Filho e Teixeira (2011)²², avaliando modelos uni e multidimensionais, por meio da AFC, encontrou melhores índices de ajuste na escala com quatro fatores.

A estrutura original de quatro fatores tem se mostrado a solução fatorial com melhores índices de ajuste^{20,22,23}. Alguns estudos têm sugerido modelos unidimensionais^{24,25}. Outros autores recomendam separar os itens de afetos positivos e os demais, resultando em um modelo de dois fatores^{26,27}. Por outro lado, estudos encontraram um modelo tridimensional, sendo estes afetos positivos, somatização/afetos negativos e problemas interpessoais^{11,28,29}.

Estudos realizados no México e nos Estados Unidos analisaram as propriedades psicométricas da escala em gestantes, por meio da AFE e AFC, obtendo uma dimensionalidade de quatro fatores^{30,31}. No Brasil, não foram identificados estudos semelhantes que aplicam a CES-D em populações de gestantes.

Com base nessas considerações, a presente pesquisa objetivou analisar, em amostras de gestantes, as propriedades psicométricas do instrumento CES-D para medir sintomas de depressão durante o período gestacional e verificar se é um construto uni ou multidimensional formado pelas dimensões afeto positivo, negativo, somático e interpessoal, por meio de análise fatorial confirmatória.

Métodos

Tipo de estudo

Os dados foram provenientes do estudo de coorte Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) no município de São Luís e intitulado “*Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras – BRISA*”^{32,33}.

A cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão, situa-se na região Nordeste do país. Seu IDH é 0,768, ocupando o 249º no Brasil. Sua população em 2010 era de 1.014.837 habitantes e possuía renda *per capita* de R\$ 805,36 (equivalente a US\$ 351,69). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 50% das residências são ligadas à rede de esgotos e 75% recebem água encanada³⁴.

Participantes e amostra

Participaram da pesquisa 1447 gestantes de São Luís - MA, no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011. As amostras se deram por conveniência, devido à impossibilidade de se obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas na cidade de São Luís.

As mulheres foram contatadas em ambulatórios de pré-natal e maternidades públicas e privadas e convidadas a comparecer ao Centro de Pesquisas Clínicas (CEPEC), para participar da pesquisa. Foram critérios de inclusão: ter realizado ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação, período em que se afere a idade gestacional com mais fidedignidade; e ter de 22 a 25 semanas gestacionais na ocasião da entrevista. Não foram incluídas mulheres com gravidez múltipla.

Coleta de dados

Foram utilizados dois questionários para coleta de dados na coorte pré-natal: a) o *Questionário do Pré-Natal Autoaplicado*, para ser lido e respondido pelas gestantes; b) o *Questionário de Entrevista Pré-Natal*, aplicado por entrevistadoras, onde foram coletados dados socioeconômico e demográfico das mulheres. As 20 perguntas do CES-D para rastreamento da depressão em gestantes estavam incluídas no questionário autoaplicado.

Instrumento de mensuração

O instrumento utilizado para mensurar a depressão em gestantes foi a escala Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D- Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos), que avalia a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista, utilizando uma escala tipo Likert de quatro pontos (RADLOF, 1977)¹⁰. Esta escala apresenta 20 itens, com opções de resposta que variam de zero a três (0=raramente; 1=às vezes; 2=frequentemente; 3=sempre). As questões com

conotação positiva (4, 8, 12 e 16) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: (0=3, 1=2, 2=1, 3=0). O escore dos 4 itens positivos é invertido e somado ao escore dos demais, totalizando um escore final que variou de 0 a 60. Utilizou-se como ponto de corte o escore ≥ 22 para “sintomas depressivos graves”, conforme preconizado em estudo prévio³⁵. A versão utilizada no presente estudo foi traduzida e adaptada para o português brasileiro por Silveira; Jorge (1998)²⁰.

Análise dos dados

Na análise descritiva da amostra, foram utilizadas as variáveis: idade, escolaridade, situação conjugal, bens de consumo e renda familiar. Classe econômica (D-E, C, A-B) foi analisada segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil, a partir do instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)³⁶, sendo as categorias A e B com maior poder de consumo, categoria C sendo intermediária e as classes D e E com baixo poder de consumo. As frequências e percentuais da análise descritiva foram calculadas usando a versão 12.0 do programa STATA.

A validação do construto se deu por meio das Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no MPLUS 7.0. Foi utilizado o método de estimação dos mínimos quadrados (WLSMV) ajustados pela média e variância, empregado para variáveis categóricas.

Na exploração dos dados pela AFE, para a redução do número de itens a um menor número de variáveis (fatores) considerou-se os *eigenvalues* > 1 (auto-valor maior que 1) para determinar o número de fatores a serem retidos. Na estrutura fatorial final da AFE, foi verificado se existiam variáveis que apresentaram valores acima de 0,40, valor mínimo necessário para a variável ser um representante útil do fator, contribuindo assim para a construção de fatores distintos^{37,38}.

Na AFC, para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, considerou-se o seguinte: a) p-valor (p) superior a 0.05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); b) $p < 0.05$ e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0.08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index e o Tucker Lewis Index (CFI/TLI); e d) valores Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menores que 1^{15,39}. O qui-quadrado, graus de liberdade e p-valor foram avaliados, porém não foram adotados como parâmetros para o ajuste do modelo, dado a sua sensibilidade ao tamanho da

amostra^{40,41}. Em seguida, foram analisadas as estimativas padronizadas com as cargas fatoriais e o coeficiente de determinação (r^2).

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando modindices foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000³⁹.

Na AFC, o cálculo da validade convergente dos construtos também se torna importante no processo de validação de um instrumento. A validade convergente verifica se os indicadores de um constructo específico compartilham uma alta proporção de sua variância em comum. Essa análise é feita através da confiabilidade de constructo (calculada pela soma das cargas fatoriais padronizadas ao quadrado/soma das cargas ao quadrado + soma dos erros de mensuração). A confiabilidade composta excedendo 0,7 são consideradas satisfatórias e indicam boa validade convergente¹⁶. Foi estimado também se estas consistências alterariam se algum item fosse eliminado do construto, caso sua carga fatorial se apresentasse abaixo do valor aceitável. Cargas fatoriais acima de 0,40 foram consideradas satisfatórias⁴⁰.

Foram utilizadas análises fatoriais confirmatórias para estimar o ajuste dos seguintes modelos, relatados em estudos prévios: 1) um modelo unidimensional com 20 itens^{24,25}; 2) um modelo de dois fatores separando afetos positivos em um fator e os demais itens em outro fator^{26,27}; 3) um modelo de três fatores com dimensões de afetos positivos, afetos negativos/aspectos somáticos e aspectos interpessoais^{11,28,29}; e 6) o modelo original de quatro fatores^{10,20,22,23,30,31}: afetos positivos, afetos negativos, aspectos somáticos e aspectos interpessoais. Em seguida, foram testados os modelos sugeridos pela AFE.

Aspectos éticos

O projeto atendeu aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob parecer consubstanciado N° 223/2009, protocolo: 4771/2008-30. Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

Resultados

A amostra do estudo, em São Luís, foi composta por 1.447 mulheres, não havendo perda das gestantes. Nesta amostra, 81% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, 75,45% tinham escolaridade de 9 a 11 anos de estudo, 57,43% viviam em união consensual, 51% pertenciam a famílias com renda mensal média de 1 a menos que 3 salários mínimos, em 41,39% dos casos o chefe de família tinha ocupação manual semiespecializada e, aproximadamente, 67,61% eram pertencentes à classe econômica C.

Na AFC, o modelo unidimensional da CES-D (Modelo1) não teve bom ajuste (RMSEA=0.095; CFI=0.895; TLI=0.883 e WRMR=2.550). No modelo bidimensional (Modelo 2), não houve convergência. O modelo tridimensional (Modelo 3) não obteve valores adequados para os índices de ajuste (RMSEA=0.081; CFI=0.925; TLI=0.914 e WRMR=2.221) (Tabela 1).

No Modelo 4, constituído por quatro dimensões, os índices apresentaram uma discreta melhora (RMSEA=0.078; CFI=0.930; TLI=0.920 e WRMR=2.138). Um novo modelo (Modelo 5), que obteve os melhores valores dos índices (RMSEA=0.069; CFI=0.956; TLI=0.959 e WRMR=1.754), foi testado a partir do modelo anterior, com a exclusão dos itens quatro e oito do instrumento, cujas cargas fatoriais se apresentaram baixas (-0.471; 0.173) (Tabela 1).

Em função dos dados descritos acima, as cargas fatoriais padronizadas são apresentadas apenas para os Modelos 4 e 5. Para o modelo com melhor ajuste (Modelo 5), todos os itens que compuseram o questionário, os valores ficaram sempre acima de 0.40 e foram estatisticamente significantes ($p < 0.001$), assim como os coeficientes de determinação (r^2). A consistência interna dos indicadores, medida através da confiabilidade composta, apresentou valores satisfatórios nas quatro dimensões, com valor mínimo de 0,730 (Tabela 2).

A figura 1 mostra o diagrama do modelo da AFC correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões. São apresentadas as cargas fatoriais padronizadas e as variâncias residuais.

A AFE foi utilizada para construir uma estrutura fatorial adequada para a população estudada, com agrupamentos das variáveis em dimensões diferentes dos modelos já propostos na literatura. Em seguida, os modelos sugeridos foram analisados com AFC.

A análise exploratória sugeriu modelos com até quatro dimensões, com bom ajuste apenas para os modelos com 3 dimensões (RMSEA=0.038; CFI=0.987; TLI=0.981) e 4 dimensões (RMSEA=0.027; CFI=0.994; TLI=0.990). Todas as cargas ficaram acima de 0.40 com exceção do item 4, nos agrupamentos de 3 e 4 dimensões; e do item 8, no agrupamento de 4 dimensões (Tabela 3). A decisão da exclusão destes itens foi definida também pela AFC, a qual mostrou que essa modificação melhoraria o ajuste do modelo.

O Modelo 6 final com três dimensões resultou de sete modificações, consideradas teoricamente plausíveis, sendo evidenciado índices de ajustes satisfatórios (RMSEA=0.049; CFI=0.977; TLI=0.971 e WRMR=1.313). Ao contrário do Modelo 6, o Modelo 7 final com quatro dimensões teve apenas duas modificações, apresentando ajustes superiores aos demais modelos testados (RMSEA=0.049; CFI=0.978; TLI=0.974 e WRMR=1.288) (Tabela 4).

Em função dos dados descritos acima, as cargas fatoriais padronizadas são apresentadas apenas para o Modelo 7 final. Os valores ficaram sempre acima de 0.40 e foram estatisticamente significantes ($p < 0.001$), assim como os coeficientes de determinação (r^2). A consistência interna dos indicadores, medida através da confiabilidade composta, apresentou valores satisfatórios nas quatro dimensões, com valor mínimo de 0,731 (Tabela 5).

A figura 2 mostra o diagrama do modelo da AFC, construído a partir do agrupamento dos fatores com melhor ajuste pela AFE, correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões: somática, interpessoal, afeto positivo e negativo. São apresentadas as cargas fatoriais padronizadas e as variâncias residuais.

Discussão

Neste estudo de validação da escala CES-D, utilizando as análises fatoriais, o modelo com quatro dimensões apresentado pela literatura (sem os itens 04 e 08), obteve um ajuste aceitável, enquanto que os modelos elaborados a partir da análise fatorial exploratória mostraram um bom ajuste deste instrumento com quatro dimensões para medir os sintomas de depressão em gestantes residentes em São Luís.

Vários critérios são utilizados para a escolha do modelo de melhor ajuste. Na análise dos índices, todos os modelos finais testados apresentaram valores adequados segundo CFI e TLI. O Modelo 5 apresentou valor de RMSEA (0.069), um pouco acima do ponto de corte sugerido. Entretanto, valores de RMSEA próximos a 0.8 podem ser considerados aceitáveis⁴¹. O Modelo 7 final mostrou um valor de 0.049 para o mesmo índice, considerado bom ajuste. Entretanto, o índice WRMR, em todos os modelos testados, apresentou valores inadequados, porém ainda é considerado experimental, sendo necessário mais testes de suas propriedades⁴⁰.

Os modelos com quatro dimensões apresentaram melhor consistência interna e ajustes conforme validações anteriores^{20,22,23,30,31}, semelhante ao estudo original de construção do instrumento¹⁰. De maneira oposta, diversos outros estudos apontam melhor adequação da escala utilizando modelos uni, bi e tridimensionais^{11,24,25,26,27,28,29}. Assim, verifica-se a dificuldade em esclarecer as dimensões necessárias para mensuração dos sintomas de depressão devido à

existência de uma elevada correlação entre elas. Essa questão já havia sido identificada por Radloff ao desenvolver o questionário.

As divergências quanto ao dimensionamento adequado do instrumento podem ser decorrentes da população onde o mesmo é aplicado e/ou devido o tipo de análise (exploratória ou confirmatória) e os estimadores utilizados. Todos os autores citados acima adotaram estimadores indicados para dados contínuos, contrapondo ao instrumento CES-D (escala do tipo Likert com quatro opções ordinais). Neste caso o estimador WLSMV, que foi aplicado neste estudo, é o recomendado para dados categóricos¹⁶.

A validade do instrumento foi medida pelos valores das cargas fatoriais de cada item, que refletem o construto teórico (sintomas de depressão), indicando valores relevantes, com cargas maiores do que 0,4. As exceções foram os itens 4 “Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas” e 8 “Senti-me otimista com relação ao futuro”. Após a exclusão dos mesmos, houve melhora dos ajustes nos modelos finais. Essas baixas cargas fatoriais indicam o efeito direto pequeno que a variável latente tem sobre o indicador observável. Estudos brasileiros^{11,20} sugerem que a retirada dos itens 4 e 8 não afeta significativamente a estrutura fatorial da escala. É provável que a tradução desses itens para o português não tenha alcançado equivalência semântica ou cultural, o que teria gerado dificuldades para respondê-los¹¹. Investigações futuras devem incluir nova redação desses itens, de forma a melhorar seu funcionamento.

A AFE foi aplicada partindo da compreensão de que o período gravídico consiste em uma fase de transição, envolvendo mudanças aos níveis hormonal, físico, psicológico, familiar e social, desencadeando reajustamentos na vida das mulheres⁴². Com base nessas considerações, faz-se necessário um instrumento que se proponha a mensurar a complexidade desse momento, dentro da especificidade de cada população.

Como resultado da AFE, o modelo final obtido foi composto por quatro dimensões. Os itens 3 “Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo”, 6 “Senti-me deprimida”, 9 “Considerarei que minha vida tinha sido um fracasso” e 10 “Senti-me amedrontada” foram reagrupadas da dimensão negativa para a somática. Pesquisadores mencionam que itens que medem afetos negativos em gestantes tornam-se mais relevantes como indicadores somáticos^{30,31}. O item 20 “Não consegui levar adiante minhas coisas” foi retirado da dimensão somática para a interpessoal. Por limitações físicas da gestação, possivelmente, a mulher não

conseguirá em alguns momentos desenvolver suas atividades, impactando em sua dinâmica relacional.

Ressalta-se que o método de amostragem por conveniência limita a validade externa dos achados. Entretanto, foi inviável se obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas pela inexistência de um registro único e confiável dessas mulheres que fazem acompanhamento pré-natal na cidade de São Luís. Também é pouco provável que o viés de memória tenha ocorrido nas respostas às questões sobre a depressão durante a gestação, por se tratar de um período curto e os dados foram coletados durante o segundo trimestre de gravidez.

Outro aspecto diferencial da pesquisa foi a validação da escala CES-D de acordo com a teoria multidimensional na forma auto-aplicado, por meio da AFE e AFC, métodos estatísticos que permitem o agrupamento de fatores e os testes de modelos propostos, conforme plausibilidade científica¹⁶. Este estudo foi realizado com uma amostra de 1447 gestantes, sendo o primeiro no Brasil a avaliar a estrutura dimensional da escala de depressão nesta população.

Assim, sintomas de depressão gestacional é um construto multidimensional composto pelas dimensões somática, interpessoal, afetos positivos e negativos. O modelo 7 final e os modificados tiveram bom ajuste e se mostraram adequados para medir sintomas de depressão no período gestacional. A utilização de um questionário validado que reúne questões sobre sintomas de depressão na gestação poderá auxiliar profissionais da assistência pré-natal a melhor rastrear este fenômeno.

Referências

- 1 Apter G. Perinatal mental health. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2011;199(8):575-77.
- 2 Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005 Feb; 119:1-8.
- 3 Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):698-709.
- 4 Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública.* 2010; 2(26):219-27.
- 5 Gulseren L, Erol A, Gulseren S, Kuey L, Kilic B, Ergor G. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. *J Reprod Med.* 2006 Dec;51(12):955-60.

- 6 Dmitrovic BK, Dugalic MG, Balkoski, GN, Dmitrovic A, Soldatovic I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Inter J Soc Psychiatry*. 2013Dec;22.
- 7 Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. *Br J Psychiatry*. 2006;188:284-5.
- 8 Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:946-52.
- 9 Maj M, Sartorius N. *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 10 Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depressive scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychological Measurement*. 1977; 1:385-401.
- 11 Batistoni SS, Neri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em estudantes brasileiros. *Psico-USF*. 2010;15(1):13-22.
- 12 Ware JEJ. Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*. 1987; 40:473-80.
- 13 Thomas JL, Brantley PJ. (2004). Factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in low-income women attending primary care clinics. *European Journal of Psychological Assessment*. 20(2), 106-115.
- 14 Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. 1a ed. New York: The Guilford Press, 2006.
- 15 Kline RB *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press, 2011.
- 16 Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. *Análise Multivariada de dados*. 6ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- 17 Chiriboga DA, Jang Y, Banks S, Kim G. Acculturation and its effect on depressive symptom structure in a sample of Mexican American elders. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2007; 29(1):83-100.
- 18 Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100(3):316-36.
- 19 Zich JM, Atkinson CC, Greenfield TK. Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. *International Journal of Psychiatry Medicine*. 1990; 20:259-77.
- 20 Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998; 25(5):251-61.

- 21 Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública*. 2007; 41(4), 598-605.
- 22 Filho NH, Teixeira MAP. A estrutura factorial da escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. *Avaliação Psicológica*. 2011; 10(1): 91-7.
- 23 Shafer AB. Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(1), 123-46.
- 24 Edwards MC, Cheavens JS, Heiy JS, Cukrowicz KC. A reexamination of the factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Is it a One-Factor model plausible? *Psychological Assessment*. 2010; 22(3):711-15.
- 25 Wood AM, Taylor PJ, Joseph S. Does the CES-D measure a continuum from depression to happiness? Comparing substantive and artifactual models. *Psychiatry Research*. 2010; 177:120-23.
- 26 Kazarin SS. Validation of the Armenian Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) among ethnic Armenians in Lebanon. *International Journal of Social Psychiatry*. 2009; 55(5): 442-48.
- 27 Kazarian SS, Taher D. Validation of the Arabic Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale in a Lebanese community sample. *European Journal of Psychological Assessment*. 2010; 26(1): 68-73.
- 28 Perreira KM, Deeb-Sossa N, Harris KM, Bokeen K. What are we measuring? An evaluation of the CES-D across race/ethnicity and immigrant generation. *Social Forces*. 2005; 83:1567-602.
- 29 Rozario PA, Menon N. An examination of the measurement adequacy of the CES-D among African American women family caregivers. *Psychiatry Research*. 2010; 179:107-12.
- 30 Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión em mujeres embarazadas mexicanas com la CES-D. *Salud Mental*. 2012; 35:57-62.
- 31 Canady RB, Stommel M, Holzman C. Measurement properties of the Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of African- American and non-Hispanic White pregnant women. *J Nurs Meas*. 2009; 17(2): 91-104.
- 32 Barbieri MA, Bettiol H, Silva AA, Goldani MZ. Papers from the Ribeirão Preto and São Luís birth cohort studies: presentation. *Braz J Med Biol Research* 2007; 8(9): 1163-4.
- 33 Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Cardoso VC, Alves AC, Thomaz EBAF, et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). *Reprod Health*. 2014 Nov; 11(1):79. doi: 10.1186/1742-4755-11-79.
- 34 Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: base de dados [internet]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Accessed on 20/Jan/2016.

- 35 Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod.* 2009; 24:146-53.
- 36 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012. [Internet]. São Paulo, SP: ABEP; 2015 [citado 20 jun. 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- 37 Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica.* 2012;11(2):213-28.
- 38 Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JAD. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública.* 2010;16(1):160-18.
- 39 Wang J, Wang X. *Structural equation modeling: applications using Mplus.* Noida: Thomson Digital, 2012.
- 40 Ullman JB. *Structural Equation Modeling.* Em B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Orgs.), *Using multivariate statistics* (5ª ed.). Boston: Pearson Education, 2007.
- 41 Byrne BM. *Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications and programming.* New York: Routledge, 2012
- 42 Bayle FC. *À volta do nascimento.* Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou que os sintomas de depressão na gestação e no pós-parto influenciaram negativamente na relação mãe-filho. Associaram-se também a relação mãe-filho prejudicada, menor apoio social, situação socioeconômica desfavorável e situação conjugal informal.

A CES-D se mostrou um instrumento adequado e capaz de medir sintomas de depressão em gestantes. Verificou-se que os modelos com quatro dimensões se mostraram adequados, sendo considerado um construto multidimensional composto pelas dimensões somática, interpessoal, afetos positivos e negativos.

Confirma-se a utilização da CES-D na avaliação de sintomas de depressão em gestantes, considerando sua utilidade prática, por ser uma escala com bom índice de ajuste. Observou-se também que uma maior atenção à saúde de mulheres durante o pré-natal e nos pós-parto pode ser uma estratégia para a identificação de sintomas psicopatológicos, com o intuito de prevenir possíveis prejuízos na relação mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- AGNAFORS, S. et al. Symptoms of depression postpartum and 12 years Later-associations to child mental health at 12 years of age. **Matern Child Health J.**, v.17, p. 405-414, 2013.
- AINSWORTH, M. Attachements and other affectional bonds across the life cycle. In PARKES, C. M.; STEVENSON-HINDE, J.; MARRIS, F., editors. **Attachement across the life cycle**. London: Tavistock/Routledge, 1994.
- AIROSA, S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stress e suporte social na maternidade. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n.1, p. 64-77, 2013.
- APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- APTER, G. et al. Perinatal mental health. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 199, n. 8, p. 575–577, 2011.
- ARAÚJO, D. M. R. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma corte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.8, n. 3, p. 333-340, 2008.
- ARAÚJO, D. M. et al. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n. 26, p. 219-227, 2010.
- ARAÚJO, D. M. R., PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.4, p.747-756, 2007.
- ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil 2012**. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Base de dados [internet]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Accessed on 20/Jan/2016.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S.; OLIVEIRA, M. G. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? **Temas em Psicologia**, v. 2, n. 7, p. 143-156, 1999.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic.** v.7, n.1, p. 39-48, 2006.
- BARBIERI, M. A. et al. Papers from the Ribeirão Preto and São Luís birth cohort studies: presentation. **Braz J Med Biol Research**, v. 8, n. 9, p. 1163-1164, 2007.

BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 585-592, 2003.

BATISTONI, S. S.T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em estudantes brasileiros. **Psico-USF**, v.15, n.1, p. 13-22, 2010.

_____. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. **Revista Saúde Pública**, v.41, n. 4, p. 598-605, 2007.

BAYLE, F. C. **À Volta do Nascimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BENNETT, H. A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstet Gynecol.**, v. 103, n. 4, p. 698-709, 2004.

BERLE, J. et al. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from the Nord-Trondelag Health Study (HUNT) and Medic Birth Registry of Norway. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 8, n. 1, p. 181-9, 2005.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, v. 2, p. 310-321, 2007.

BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico-puerperal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (Org.). **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri: Manole, 2007, p. 21-31.

BOWLBY, J. **Apego. A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, Volume 1, 2009.

BOWLING, A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. **Family Practice**, v. 88, p. 68-83, 1991.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do IPEA nº11. **Pnad 2007: Primeiras Análises, Demografia-Gênero**. Brasília, DF, 2008.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do IPEA nº40. **Mulher e trabalho: Avanços e Continuidades**. Brasília, DF, 2010.

_____. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. A mãe sabe parir, e o bebê sabe como e quando nascer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014a.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 02 nov. 2014b.

BRITO, I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 25, p. 600-604, 2009.

BROCKINGTON, I. F. et al. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. **Arch Women's Ment Health**, v. 3, n.4, p.133-140, 2001.

BROCKINGTON, I. F. Postpartum psychiatric disorders. **Lancet**, v. 363, n. 9414, p. 1077-1078, 2004.

BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, p. 233-242, 2006.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research**. 1a ed. New York: The Guilford Press, 2006.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications and programming**. New York: Routledge, 2012.

CANADY, R. B.; STOMMEL, M.; HOLZMAN, C. Measurement properties of the Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of African- American and non-Hispanic White pregnant women. **J Nurs Meas**, v.17, n.2, p. 91-104, 2009.

CANAVARRO, M. C. **Relações afetivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 5, p.1103-1114, 2012.

CHAPIESKI, M. L.; EVANKOVICH, K.D. Behavioral effects of prematurity. **Semin Perinatol**, v. 21, n.3, p. 221-239, 1997.

CHIRIBOGA, D. A. et al. Acculturation and its effect on depressive symptom structure in a sample of Mexican American elders. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, v. 29, n.1, p. 83-100, 2007.

CLARK, L. A.; WATSON, D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. **Journal of Abnormal Psychology**, v.100, n.3, p. 316-336, 1991.

COHEN, S. Social Relationships and Health. **American Psychologist**, p. 676- 684, nov., 2004.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde do bebê e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Acta Pediatr. Port.**, v.1, n.36, p. 41-49, 2005.

CONDON, J. T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. **British Journal of Medical Psychology**, v. 2, n. 66, p.167-183, 1993.

CONDON, J. T.; CORKINDALE, C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. **British Journal of Medical Psychology**, v. 70, p. 359-372, 1997.

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão de literatura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul-ago., 2007.

COUTINHO, D. S.; BAPTISTA, M. N.; MORAIS, P. R. Depressão pós-parto: Prevalência e correlação com o suporte social. **Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência**, v.2, n. 10, p. 63-71, 2002.

COYL, D. D.; ROGGMAN, L. A.; NEWLAND, L. A. Stress, maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. **Infant Ment Health**, v.23, n.1-2, p. 45-163, 2002.

CRITTENDEN, P. M. Social Networks, Quality of Child Rearing, and Child Development. **Child Development**, v.5, n.56, p.1299-1313, 1985.

CROCKENBERG, S. B. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. **Child Development**, v.3, n.52, p. 857-865, 1981.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Post-partum depression screening among women attended by the Family Health Program. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-88, abr., 2005.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUTRONA, C. E.; TROUTMAN, B. R. Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. **Child Development**, v. 6, n.57, p.1507-1518, 1986.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v.11, n.2, p.213-228, 2012.

DA SILVA, R. A. et al. Depressão durante a gravidez no sistema público de saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, n. 2, p. 139-144, 2010.

DAYAN, J. et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. **Am. J. Epidemiol.**, v. 155, n. 4, p. 293-301, 2002.

DENNIS, C. L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. **Bmj.**, v. 331, p.7507-7515, 2005.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.3, n.16, p. 221-231, 2000.

DMITROVIC, B. K. et al. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. **Inter J Soc Psychiatry**, v. 22, 2013.

DONOVAN, W. L.; LEAVITT, L.A.; WALSH, R. O. Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. **Inf Behav Dev**, v. 21, n.3, p.505-517, 1998.

EDHBORG, M. et al. Fussy child - difficult parenthood? Comparisons between families with a 'depressed' mother and non-depressed mother 2 months postpartum. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.18, n.3, p. 225-238, 2000.

EDWARDS, M. C. et al. A reexamination of the factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Is it a One-Factor model plausible? **Psychological Assessment**, v.22, n. 3, p. 711-715, 2010.

ESPER, L. H. **Eventos estressores e sua relação com a morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação**. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 10, n.1, p. 25-32, 2007.

FALCONE V. M., et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 171-8, 2005.

FARIA, M. C. **Ligação Materno-fetal: uma perspectiva bioética**. 2009. (Tese de mestrado em Filosofia não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal. 2009.

FELDMAN, R. Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. **Infant Mental Health Journal**, v.3, n.21, p.176-191, 2000.

FERREIRA, T.; LIMA, I.A. Responsividade materna e risco psicossocial: implicações práticas. **Rev Amazônica VIII**, v.1, p. 33-52, 2012.

FERRI, C. P. et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. **BMC Public Health**, v.7, n.1, p. 209-219, 2007.

FIELD, T. et al. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. **Developmental Psychology**, v.1, n. 26, p. 7-14, 1990.

FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud**, v. 3, n. 3, p. 521-539, 2003.

FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; MAGARINHO, R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: Diferentes circunstâncias de risco? **Acta Médica Portuguesa**, v.18, p. 97-105, 2005.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. D. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, v.16, n.1, p.160-118, 2010.

FILHO, N. H.; TEIXEIRA, M. A. P. A estrutura factorial da escala CES-D em estudantes universitários brasileiros. **Avaliação Psicológica**, v.10, n.1, p. 91-97, 2011.

GAYNES, B. N. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. **Evid Rep Rechnol Assess (Summ)**, v. 119, p.1-8, 2005.

GIARDINELLI, L. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 15, n. 1, p. 21–30, 2012.

GLAZIER, R. H. et al. S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. **J Psychosom Obstet Gynecol**, v. 25, p. 247-255, 2004.

GOLDSTEIN, L.; DIENER, M.; MANGELSDORF, S. Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. **Journal of Family Psychology**, v.1, n.10, p.60-71, 1996.

GONÇALVES, T. R et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GOODMAN, S.; GOTLIB, I. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. **Psychological Review**, v. 3, n. 106, p. 458-490, 1999.

GRACE, S. L.; EVINDAR, A.; STEWART, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. **Archives of Women's Mental Health**, v.6, n. 4, p. 263-274, 2003.

GRAHAM, C. et al. Parental status, social support, and marital adjustment. **Journal of Family Issues**, v.21, p.888-905, 2000.

GRANT, K. A.; MCMAHON, C.; AUSTIN, M. P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. **J. Affect. Disord.**, v. 108, n. 1-2, p. 101-111, 2008.

GRAZIANI, P.; SWENDSEN, J. **O stress – Emoções e estratégias de adaptação**. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

GRIEP, R. H. et. al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-14, 2005.

GULSEREN, L. et al. From antepartum to postpartum: a prospective study on the prevalence of peripartum depression in a semiurban Turkish community. **J Reprod Med**, v. 51, n.12, p. 955-960, 2006.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALLSTROM, C.; MCCLURE, N. **Ansiedade e depressão: perguntas e respostas**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

HART, R.; MCMAHON, C. A. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, n. 9, p. 329-337, 2006.

HERSON J. et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. **J. Affect. Disord.**, v. 80, n.1, p. 65-73, 2004.

- HOBFOLL, S. E., et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.3, n.63, p.445-453, 1995.
- HORIMOTO, C. H.; AYACHE, D. C. G.; SOUZA, J. A. **Depressão: diagnóstico e tratamento clínico**. São Paulo: Roca, 2005.
- HUIZINK, A. C. et al. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? **Early Hum. Dev.**, v. 79, n.1, p. 81-91, 2004.
- HUNG, C.; CHUNG, H. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n.5, p. 676-684, 2001.
- HUTH-BOCKS, A. C. et al. The Impact of Maternal Characteristics and Contextual Variables on Infant-Mother Attachment. **Child Development**, v. 75, n. 2, p. 480-496, 2004.
- JABLENSKY, A. V. et al. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **Am. J. Psychiatry**, v. 162, n. 1, p. 79-91, 2005.
- KAZARIN, S. S. Validation of the Armenian Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) among ethnic Armenians in Lebanon. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 55, n. 5, p. 442-448, 2009.
- KAZARIAN, S. S.; TAHER, D. Validation of the Arabic Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale in a Lebanese community sample. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 26, n.1, p. 68-73, 2010.
- KLAUSS, M. H. K; KENNEL, J. H.; KLAUSS P. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto alegre: Artes Médicas, 2000.
- KLIER, C. M. Mother–infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. **Arch Womens Ment Health**, n. 9, p. 289-291, 2006.
- KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: The Guilford Press, 2011. 425 p.
- KRAMLINGER, K. **Depressão: Pesquisada e comentada pela Clínica Mayo**. Rio de Janeiro: Anima Editora, 2004.
- LANCASTER, C. A., et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 202, n. 1, p. 5-14, 2010.
- LANGFORD, C. P. et al. Social support: A conceptual analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.1, n.25, p.95-100, 1997.
- LARA, M. A.; NAVARRETE, L. Detección de depresión em mujeres embarazadas mexicanas com la CES-D. **Salud Mental**, v. 35, p. 57-62, 2012.

LEAL, I. **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005.

_____. **Perspectivas em Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.

LEE, A. M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 5, n. 110, p. 1102-1112, 2007.

LEIFERMAN, J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. **Health Educ Behav**, v. 29, n. 5, p. 596-607, 2002.

LI, D.; LIU, L.; ODOULI, R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. **Hum Reprod**, v. 24, p.146-153, 2009.

LOVEJOY, M. C. et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v. 5, n.20, p. 561- 592, 2000.

LOVISI, G. et al. Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? **Informação Psiquiátrica**, v.2, n.15, p.65-68, 1996.

MACCALLUM, R. C.; AUSTIN, J. T. Applications of structural equation modeling in psychological research. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 51, p. 201-226, 2000.

MACHADO, T.; FONSECA, A.; QUEIROZ, E. Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – Dados de um estudo longitudinal. **INFAD Revista de Psicologia/International Journal of Developmental and Educational Psychology**, 1, 321-332, 2008.

MAÇOLA, L.; VALE, I.; CARMONA, E. Avaliação da auto-estima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista da Escola de Enfermagem**: v.44, n. 3, p. 570-577, 2010.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARQUES, C. Depressão materna e representações mentais. **Análise Psicológica**, v. 1, p. 85-94, 2003.

MARTINS, C. F. D. S. Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebê. 2012.

MAZET, P.; STOLERU, S. **Psicopatologia do lactente e da criança pequena**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

MCGARRY, J. et al. Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 54, n.1, p. 50-56, 2009.

MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L. Predictors of Maternal Role Competence by Risk Status. **Nursing Research**, v.1, n.43, p.38-43, 1994.

MITSUHIRO, S. S. et al. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 28, n. 2, p. 122-125, 2006.

- MONTAGNER, H. **A vinculação**: a aurora da ternura. Lisboa: Instituto Piaget, 1900.
- MORAES, G. S. M. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.
- MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. O. **Mplus**: statistical analysis with latent variables. User's guide. (1998-2010). 6. ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, abr. 2010.
- NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Postpartum Bonding Questionnaire: estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica / XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos (p. 1961-1973). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia, 2011.
- O'HIGGINS, M. et al. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. **Arch Womens Ment Health**, v.16, p. 381-389, 2013.
- OLIVEIRA, A. S. F. **O Impacto dos estados emocionais negativos maternos na vinculação materna pós-natal em mães de bebés pré-termo**. 2012. Dissertação - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2012.
- PACHECO, A. et al. Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.1, n. 7, p. 7- 41, 2005.
- PACHECO, A.; COSTA, R.; FIGUEIREDO, B. Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: Comparação entre grávidas adolescentes e adultas. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n.2, p. 129-144, 2009.
- PASQUALI, L. Psychometrics. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.
- PATEL, V.; PRINCE, M. Maternal psychological morbidity and low birth in India. **Br J Psychiatry**, v.188, p.284-285, 2006.
- PEREIRA, M. G. **Psicologia da Saúde Familiar**: Aspectos Teóricos e Investigação. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.
- PEREIRA, P.K. et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.12, p. 2725-2736, 2009.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 4, n. 35, p. 144-153, 2008.
- PERREIRA, K. M. et al. What are we measuring? An evaluation of the CES-D across race/ethnicity and immigrant generation. **Social Forces**, v. 83, p. 1567-1602, 2005.

PERRELLI, J. G. A. et al. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 257-265, 2014.

PICCININI, C. et al. Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 3, n. 20, p. 223-232, 2004.

POMMÉ, E. O vínculo mãe-bebê: primeiros contatos e a importância do holding. 2008.

POPP, T.; SPINRAD, T.; SMITH, C. The relation of cumulative demographic risk to mothers' responsivity and control: Examining the role of toddler temperament. **Infancy**, v. 13, p.496-518, 2008.

PORTELINHA, C. **Sexualidade na Gravidez**: estudo descritivo realizado numa amostra de mulheres do distrito de Coimbra. Coimbra: Quarteto Editora, 2003.

RADLOF, L. S. The CES-D Scale: a self-report depressive scale for research in the general population. **Journal of Applied Psychological Measurement**, v.1, p. 385-401, 1977.

RAHMAN, A. et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 61, p. 946-952, 2004.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. Apoio Social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.1, n.16, p. 85-96, 2006.

RICE, F.; JONES, I.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.115, n.1, p. 171-183, 2007.

RIGHETTI-VELTEMA, M. et al. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **Journal of affective disorders**, v.70, n.3, p. 291-306, 2002.

RITTER, C. et al. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. **Health Psychology**, v.6, n.19,p. 576-585, 2000.

ROBERTSON, E. et al. Pré-natais fatores de risco para depressão pós-parto: uma síntese da literatura recente. **Gen Hosp. Psychiatry**, v.26, n.4, p. 289-295, 2004.

RONDÓ, P. H. C. et al. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 57, n. 1, p. 266-272, 2003.

ROZARIO, P. A.; MENON, N. An examination of the measurement adequacy of the CES-D among African American women family caregivers. **Psychiatry Research**, v.179, p.107-112, 2010.

RUBERTSON, C. et al. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. **Arch. Womens Ment. Health**, v. 8, n.2, p. 97-104, 2005.

- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.
- SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paideia**, v. 43, n.19, p. 211-220, 2009.
- SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.20, n.3, p. 233-240, 2004.
- SHAFER, A. B. Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. **Journal of Clinical Psychology**, v.62, n.1, p. 123-146, 2006.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, 32:705-714, 1991.
- SILVA, A. A. M. et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). **Reprod Health.**, v.11, n.79, p. 2-9, 2014.
- SILVA, M. M. J. **Avaliação da ansiedade e depressão na gravidez**. 2014. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, 2014.
- SILVA, R. et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n.2, p. 143-148, 2012.
- SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.
- SIMÕES, C. C. S. et al. **A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas**. São Paulo: Arbeit Factory, 2006.
- SIU, B. W. M. et al. Impairment of Mother-Infant Relationship: validation of the Chinese Version of Postpartum Bonding Questionnaire. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 198, n. 3, 2010.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- SOARES, I. **Vinculação e cuidados maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebê**. In: CANAVARRO, Psicologia da Gravidez e da Maternidade (p. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- STACK, D.M. et al. The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. **Dev Psychopathol**, v.24, p. 93-105, 2012.

SULS, J.; DAVID, J. P.; HARVEY, J. H. Personality and coping: Three generations of research. **Journal of Personality**, v. 64, p. 711-735, 1996.

TALGE, N. M.; NEAL; GLOVER. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. **J. Child. Psychol. Psychiatry**, v. 48, n. 1, p. 245–261, 2007.

TETI, D. M. et al. Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. **Developmental Psychology**, v.3, n. 31, p. 364-376, 1995.

THARNER, A. et al. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant–mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. **Attachment & Human Development**, v.14, n.1, January, p. 63-81, 2012.

THOMAS, J. L.; BRANTLEY, P. J. Factor structure of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in low-income women attending primary care clinics. **European Journal of Psychological Assessment**, v.20, n.2, p. 106-115, 2004.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ULLMAN, J. B. **Structural Equation Modeling**. In: B. G. TABACHNICK; L. S. FIDELL (Orgs.), *Using multivariate statistics*. 5 ed. Boston: Pearson Education, 2007.

UMBERSON, D.; MONTEZ, J. K. Social Relationships and Health: a Flashpoint for Health Policy. **J Health Soc Beha**, v.51, p.54-66, 2010.

VAN DEN BERGH B. R.; MARCOEN, A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. **Child. Development**, v. 75, n. 1, p. 1085-1097, 2004.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n.11, p.8-16, 2009.

WANG J., WANG X. *Structural equation modeling: applications using Mplus*. Noida: Thomson Digital, 2012.

WARE, J. E. J. Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, v.40, p. 473-480, 1987.

WHO, World Health Organization. *Mental health aspects of women’s reproductive health. A global review of the literature*. Geneva: World Health Organization, 2009.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

WITTKOWSKI, A.; WIECK, A.; MANN, S. An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding

Questionnaire in a sample of primiparous mothers. **Arch Womens Ment Health**, v. 10, p. 171-175, 2007.

WIDLOCHER, D. **As lógicas da depressão**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

WOOD, A. M.; TAYLOR, P.J.; JOSEPH, S. Does the CES-D measure a continuum from depression to happiness? Comparing substantive and artifactual models. **Psychiatry Research**, v.177, p. 120-123, 2010.

YOSHIDA, K. et al. A Japanese version of Mother-to- Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. **Arch Womens Ment Health**, v. 15, n. 5, p. 343-352, 2012.

ZICH, J.M.; ATKINSON, C. C.; GREENFIELD, T. K. Screening for depression in primary care clinics: the CES-D and the BDI. **International Journal of Psychiatry Medicine**, v. 20, p. 259-277, 1990.

ZIMET, G. D. et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal of Personality Assessment**, v.1, n.52, p.30-41, 1988.

ZUGAIB, M. et al. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

APÊNDICE A (TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 1)

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
Até 19	145	12,72
20-34	916	80,35
35 ou mais	79	6,93
Total	1.140	100,0
Escolaridade (anos)		
0-4	13	1,14
5-8	125	10,97
9-11	869	76,29
12 ou mais	132	11,60
Total*	1.139	100,0
Situação conjugal		
Divorciada/Separada	19	1,67
Solteira/ viúva	215	18,86
União consensual	658	57,72
Casada	248	21,75
Total	1140	100,0
Renda familiar (salários mínimos)		
Menor que 1	98	8,84
1 a menos que 3	578	52,17
3 a menos que 5	275	24,82
5 ou mais	157	14,17
Total*	1108	100,0
Ocupação do chefe da família		
Manual não qualificado	306	28,39
Manual semiespecializado	459	42,58
Manual especializado	51	4,73
Funções de escritório	165	15,31
Profissional de nível superior	59	5,47
Administradores/ gerentes/ diretores/ proprietários	38	3,52
Total*	1078	100,0
CCEB		
D-E	169	15,53
C	748	68,75
A-B	171	15,72
Total*	1088	100,0
Ansiedade (durante a gestação)		
Ansiedade mínima	359	31,57
Ansiedade leve	353	31,05
Ansiedade moderada	259	22,78
Ansiedade grave	166	14,60
Total*	1137	100,0
Sintomas depressivos (durante a gestação)		
Sem sintomas	825	72,75
Com sintomas	309	27,25
Total*	1134	100,0
Sintomas depressivos (pós-parto)		
Sem sintomas	913	80,37
Com sintomas	223	19,63
Total*	1136	100,0
Relação Mãe-filho		
Boa relação	1070	93,86
Relação prejudicada	70	6,14
Total	1140	100,0

*Excluídos valores ignorados ou não informados

Tabela 2: Indicadores de ajuste para os modelos 1 e 2. São Luís -MA, 2010-2013

Indicadores	Modelo 1 ^a	Modelo 2 ^b
χ^2 ^c	1.532.938	1.238.076
Degrees of freedom	352	351
p	<0.001	<0.001
RMSEA ^d	0.054	0.047
90% CI ^e	0.051-0.057	0.044-0.050
p	0.006	0.953
CFI ^f	0.978	0.984
TLI ^g	0.975	0.981
WRMR ^h	1.526	1.353

^a Modelo Inicial. Maior índice de modificação para sintomas de depressão na gestação em direção à sintomas de ansiedade na gestação, (296.087).

^b Modelo Final. Sem índice de modificação.

^c Chi-squared test.

^d Root Mean Square Error of Approximation.

^e Intervalo de Confiança.

^f Comparative Fit Index.

^g Tucker Lewis Index.

^h Weighted Root Mean Square Residual.

Tabela 3: Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor de efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras e construtos. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e Estimativas	Coeficiente Padronizado	Erro padrão	p-valor
Variável latente			
SES ^a			
ses BY ^b occu ^c	0.557	0.044	<0.001
ses BY edu ^d	0.455	0.050	<0.001
ses BY rendasm ^e	0.599	0.043	<0.001
ses BY class ^f	0.854	0.050	<0.001
SUPP ^g			
supp BY tang ^h	0.833	0.088	<0.001
supp BY effe ⁱ	0.951	0.008	<0.001
supp BY int ^j	0.980	0.005	<0.001
supp BY emoinf ^k	0.952	0.006	<0.001
Efeitos diretos			
Total	0.336	0.073	<0.001
relation ^l ON ^m cesd ⁿ	0.292	0.102	0.004
relation ON anxiety ^o	-0.115	0.083	0.166
relation ON ppd ^p	0.258	0.080	0.001
relation ON ses	-0.055	0.073	0.448
relation ON marital ^q	0.100	0.063	0.111
relation ON wage ^r	-0.152	0.078	0.051
relation ON supp	-0.048	0.061	0.429
ppd ON cesd	0.410	0.075	<0.001
cesd ON supp	-0.280	0.041	<0.001
cesd ON marital	0.164	0.042	<0.001
anxiety ON cesd	0.639	0.032	<0.001
supp ON ses	0.226	0.037	<0.001
supp ON wage	-0.113	0.040	0.005
supp ON marital	-0.088	0.037	0.017
marital ON ses	-0.116	0.039	<0.001
marital ON wage	-0.158	0.038	<0.001
wage ON ses	0.116	0.045	0.009
Efeitos indiretos			
anxiety to relation			
Total	-0.097	0.084	0.247
Indireto	0.018	0.018	0.316
supp to relation			
Total	-0.156	0.062	0.012
Indireto	-0.108	0.028	<0.001
supp to relation VIA ^s cesd	-0.082	0.031	0.009
supp to relation VIA cesd/ppd	-0.030	0.011	0.010
ses to relation			
Total	-0.173	0.066	0.009
Indireto	-0.118	0.030	<0.001
ses to relation VIA cesd/marital	-0.008	0.004	0.043
ses to relation VIA cesd/supp	-0.018	0.008	0.016
ses to relation VIA cesd/ppd/marital	-0.003	0.001	0.039
ses to relation VIA cesd/ppd/sup	-0.007	0.003	0.015
marital to relation			
Total	0.161	0.061	0.009
Indireto	0.060	0.026	0.018
marital to relation VIA cesd	0.048	0.021	0.021
marital to relation VIA cesd/ppd	0.017	0.007	0.021
wage to relation			
Total	-0.168	0.075	0.024
Indireto	-0.016	0.028	0.559

^a SES: situação socioeconômica. ^b BY: comando do Mplus para obter variável latente. ^c occu: ocupação do chefe da família. ^d edu: anos de estudo da mãe. ^e rendasm: renda familiar. ^f class: classe econômica. ^g supp: suporte social. ^h tang: suporte social dimensão material. ⁱ effe: suporte social dimensão afetiva. ^j int: suporte social dimensão interação social positiva. ^k emoinf: suporte social dimensão emocional/informação. ^l relation: relação mãe-filho. ^m ON: comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho. ⁿ cesd: depressão na gestação. ^o anxiety: ansiedade na gestação. ^p ppd: depressão pós-parto. ^q marital: situação conjugal da mãe. ^r wage: idade em que a mulher foi mãe. ^s VIA: comando do Mplus para indicar a via do efeito indireto.

APÊNDICE B (TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 2)

Tabela 1: Indicadores de ajuste para os modelos unidimensional e multidimensionais. São Luís -MA, 2010-2013

Indicadores	Modelo 1 ^a	Modelo 2 ^b	Modelo 3 ^c	Modelo 4 ^d	Modelo 5 ^e
χ^2 ^f	2378.394	-	1753.566	1636.306	1026.195
Degrees of freedom	170	-	167	166	131
p	<0.001	-	<0.001	<0.001	<0.001
RMSEA ^g	0.095	-	0.081	0.078	0.069
90% CI ^h	0.091-0.098	-	0.078-0.084	0.075-0.082	0.065-0.073
p	<0.001	-	<0.001	<0.001	<0.001
CFI ⁱ	0.895	-	0.925	0.930	0.956
TLI ^j	0.883	-	0.914	0.920	0.959
WRMR ^k	2.550	-	2.221	2.138	1.754

^a Modelo unidimensional.

^b Modelo bidimensional.

^c Modelo tridimensional.

^d Modelo original com quatro dimensões com as 20 variáveis.

^e Modelo com quatro dimensões com a retirada dos itens 4 e 8.

^f Chi-squared test.

^g Root Mean Square Error of Approximation.

^h Intervalo de Confiança.

ⁱ Comparative Fit Index.

^j Tucker Lewis Index.

^k Weighted Root Mean Square Residual.

Tabela 2: Cargas fatoriais, coeficientes de determinação e confiabilidade composta para os modelos 4 e 5. São Luís-MA, 2010-2013.

Dimensões	Modelo 4 ^d	Modelo 5 ^e
	Cargas fatoriais com p valor	Cargas fatoriais com p valor
Afeto Negativo		
Cesd3	0.770; <0.01	0.768; <0.01
Cesd6	0.833; <0.01	0.833; <0.01
Cesd9	0.796; <0.01	0.795; <0.01
Cesd10	0.752; <0.01	0.751; <0.01
Cesd14	0.778; <0.01	0.779; <0.01
Cesd17	0.791; <0.01	0.792; <0.01
Cesd18	0.883; <0.01	0.884; <0.01
Afeto Positivo		
Cesd4	-0.471; <0.01	-
Cesd8	0.173; <0.01	-
Cesd12	0.793; <0.01	0.896; <0.01
Cesd16	0.634; <0.01	0.670; <0.01
Somático		
Cesd1	0.540; <0.01	0.538; <0.01
Cesd2	0.462; <0.01	0.462; <0.01
Cesd5	0.628; <0.01	0.627; <0.01
Cesd7	0.590; <0.01	0.590; <0.01
Cesd11	0.607; <0.01	0.609; <0.01
Cesd13	0.517; <0.01	0.518; <0.01
Cesd20	0.800; <0.01	0.801; <0.01
Interpessoal		
Cesd15	0.674; <0.01	0.674; <0.01
Cesd19	0.838; <0.01	0.838; <0.01
Constructo CES-D		
	r ^{2f}	r ²
Afeto Negativo	0.963; <0.01	0.966; <0.01
Afeto Positivo	0.519; <0.01	0.439; <0.01
Somático	0.911; <0.01	0.908; <0.01
Interpessoal	0.920; <0.01	0.919; <0.01
Confiabilidade Composta ^g		
Afeto Negativo	---	0.926
Afeto Positivo	---	0.766
Somático	---	0.793
Interpessoal	---	0.730

^d Modelo original com quatro dimensões com as 20 variáveis.^e Modelo com quatro dimensões com a retirada dos itens 4 e 8.^f Coeficiente de determinação.^g Valor de referência > 0,70

Tabela 3: Matriz de cargas fatoriais dos itens da CES-D pela análise fatorial exploratória para os modelos de três e quatro dimensões. São Luís-MA, 2010-2013.

Durante a última semana, com que frequência você tem sentido?	3 DIMENSÕES			4 DIMENSÕES			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1- Senti-me incomodada com coisa que habitualmente não me incomdoam	0.552	--	--	0.558	--	--	--
2- Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0.464	--	--	0.473	--	--	--
3- Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0.778	--	--	0.756	--	--	--
4- Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas	--	--	0,136	--	--	--	0,034
5- Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0.647	--	--	0.655	--	--	--
6- Senti-me deprimida	0.789	--	--	0.789	--	--	--
7- Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0.622	--	--	0.645	--	--	--
8- Senti me otimista com relação ao futuro	--	--	0,417	--	--	--	0,389
9- Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0.770	--	--	0.722	--	--	--
10- Senti-me amedrontada	0.737	--	--	0.722	--	--	--
11- Meu sono não foi repousante	0.605	--	--	0.622	--	--	--
12- Estive feliz	--	--	0,778	--	--	--	0,818
13- Falei menos que o habitual	0,504	--	--	0,495	--	--	--
14- Senti-me sozinha	--	0.730	--	--	0.714	--	--
15- As pessoas não foram amistosas comigo	0.622	--	--	--	--	0,673	--
16- Aproveitei minha vida	--	--	0,695	--	--	--	0,722
17- Tive crises de choro	--	0.835	--	--	0.840	--	--
18- Senti-me triste	--	0.953	--	--	0.959	--	--
19- Senti que pessoas não gostavam de mim	--	0.706	--	--	--	0,849	--
20- Não consegui levar adiante minhas coisas	0.740	--	--	--	--	0,758	--

Tabela 4: Indicadores de ajuste para os modelos de três e quatro dimensões. São Luís -MA, 2010-2013

	São Luís							
	χ^2 ^a	p-	RMSEA ^b	90%CI ^c	p	CFI ^d	TLI ^e	WRMR ^f
Modelo 6 ^g	929.772	<0.001	0,060	0.057-0.064	<0.001	0.962	0.957	1.644
Modelo 6 ^{g1}	874.259	<0.001	0,058	0.055-0.062	<0.001	0.965	0.960	1.586
Modelo 6 ^{g2}	763.567	<0.001	0,054	0.050-0.058	0.046	0.970	0.965	1.475
Modelo 6 ^{g3}	696.104	<0.001	0,051	0.047-0.055	0.322	0.974	0.969	1.401
Modelo 6 ^{g4}	684.894	<0.001	0,051	0.047-0.055	0.370	0.974	0.969	1.386
Modelo 6 ^{g5}	665.290	<0.001	0,050	0.046-0.054	0.489	0.975	0.970	1.363
Modelo 6 ^{g6}	650.170	<0.001	0,050	0.046-0.053	0.575	0.976	0.971	1.345
Modelo 6^{g7}	626.579	<0.001	0,049	0.045-0.052	0.722	0.977	0.971	1.313
Modelo 7 ^h	715.776	<0.001	0,056	0.052-0.060	0.011	0.971	0.966	1.441
Modelo 7 ^{h1}	603.743	<0.001	0,050	0.046-0.054	0.462	0.977	0.973	1.315
Modelo 7^{h2}	581.758	<0.001	0,049	0.045-0.053	0.611	0.978	0.974	1.288

^a Chi-squared test

^b Root Mean Square Error of Approximation

^c Intervalo de Confiança.

^d Comparative Fit Index

^e Tucker Lewis Index

^f Weighted Root Mean Square Residual.

^g Modelo com três dimensões com a retirada do item 4 (<0,40).

^{g1} Cesd 19 incluída no fator 1

^{g2} Cesd 14 incluída no fator 1

^{g3} Cesd 6 incluída no fator 2

^{g4} Cesd 9 incluída no fator 2

^{g5} Cesd 10 incluída no fator 2

^{g6} Cesd 3 incluída no fator 2

^{g7} Cesd 20 incluída no fator 2

^h Modelo com quatro dimensões com a retirada dos itens 4 e 8 (<0,40).

^{h1} Cesd 14 incluída no fator 1

^{h2} Cesd 19 incluída no fator 2

Tabela 5: Cargas fatoriais e coeficientes de determinação para o **Modelo 7**^{h2}. São Luís-MA, 2010-2013.

Dimensões	Modelo 7 ^{h2}
	Cargas fatoriais com p valor
FATOR 1 (Somático)	
Cesd1	0.518; <0.01
Cesd2	0.446; <0.01
Cesd3	0.784; <0.01
Cesd5	0.603; <0.01
Cesd6	0.860; <0.01
Cesd7	0.568; <0.01
Cesd9	0.810; <0.01
Cesd10	0.766; <0.01
Cesd11	0.586; <0.01
Cesd13	0.499; <0.01
Cesd14	0.452; <0.01
FATOR 2 (Afeto Negativo)	
Cesd14	0.372; <0.01
Cesd17	0.833; <0.01
Cesd18	0.974; <0.01
Cesd19	0.245; <0.01
FATOR 3 (Interpessoal)	
Cesd15	0.687; <0.01
Cesd19	0.605; <0.01
Cesd20	0.834; <0.01
FATOR 4 (Afeto Positivo)	
Cesd12	0.896; <0.01
Cesd16	0.669; <0.01
Constructo CES-D	r ²ⁱ
FATOR 1 (Somático)	0.963; <0.01
FATOR 2 (Afeto Negativo)	0.811; <0.01
FATOR 3 (Interpessoal)	0.893; <0.01
FATOR 4 (Afeto Positivo)	0.444; <0.01
Confiabilidade Composta ^j	
FATOR 1 (Somático)	0.880
FATOR 2 (Afeto Negativo)	0.731
FATOR 3 (Interpessoal)	0.755
FATOR 4 (Afeto Positivo)	0.765

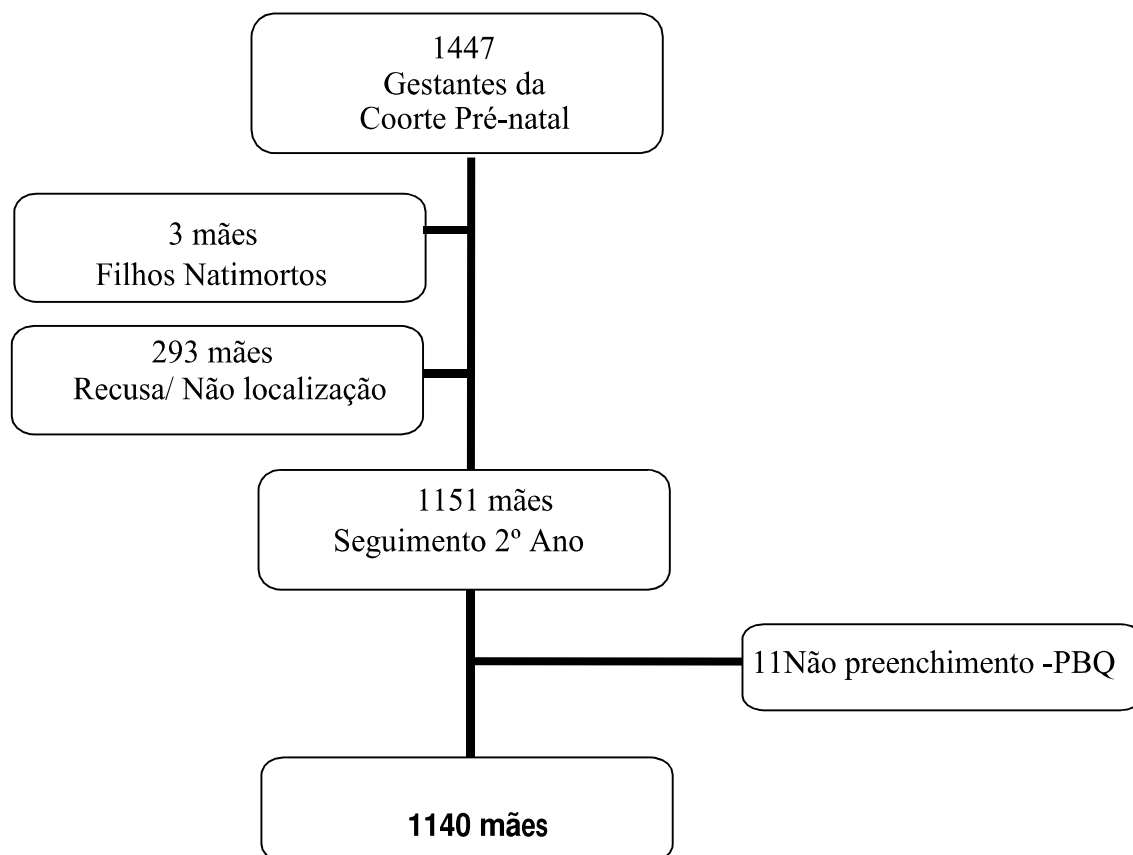
^{h2} Modelo final com quatro dimensões após duas modificações.

ⁱ Coeficiente de determinação.

^j Valor de referência > 0,70

APÊNDICE C (FIGURAS REFERENTES AO ARTIGO 1)

Figura 1: Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.



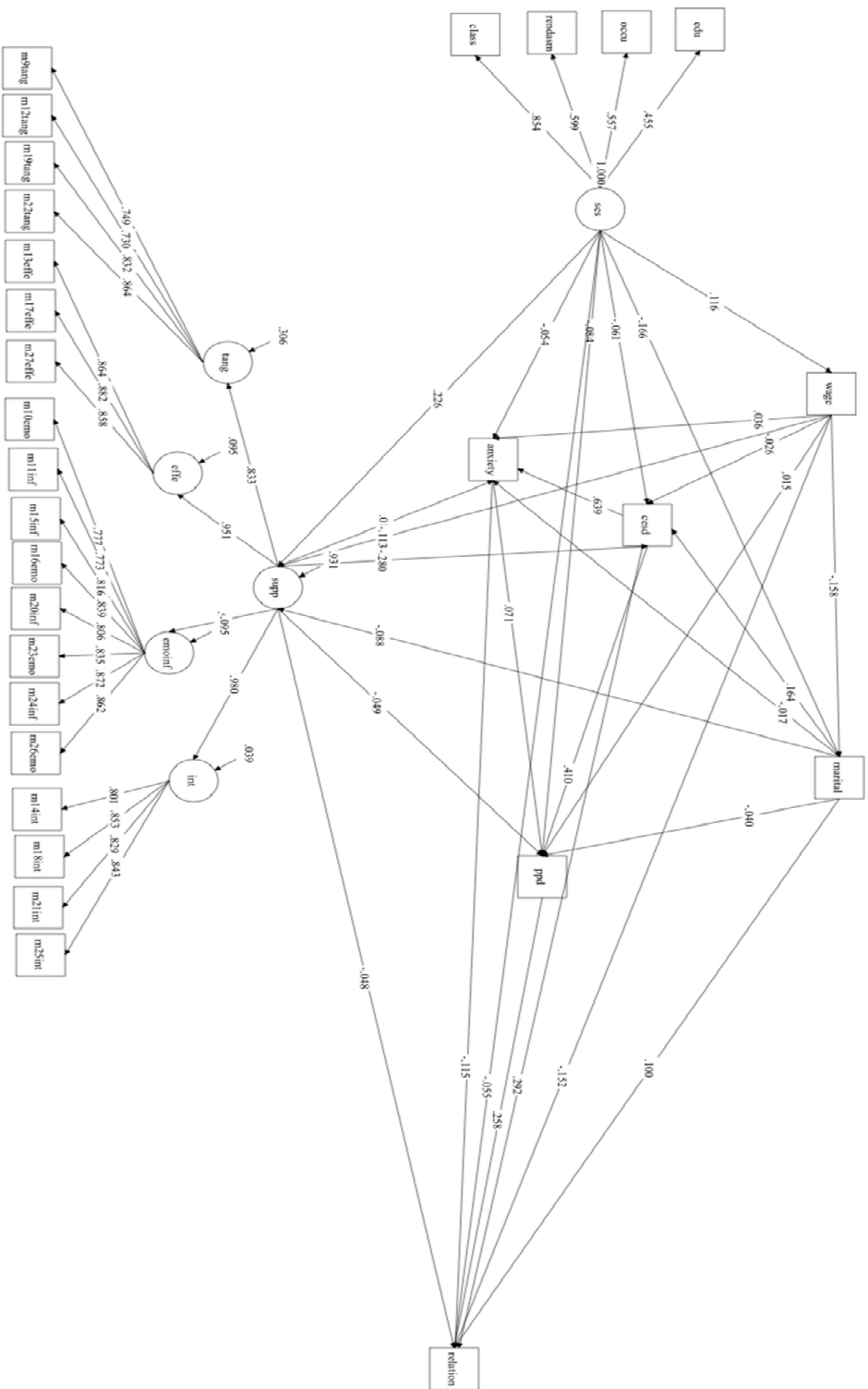


Figura 2: Modelo teórico final com coeficientes padronizados da associação de aspectos psicossociais com a relação mãe-filho na coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

APÊNDICE C (FIGURAS REFERENTES AO ARTIGO 2)

Figura 1: Diagrama do modelo da AFC correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões (Modelo 5). São Luís – MA, 2010-2013.

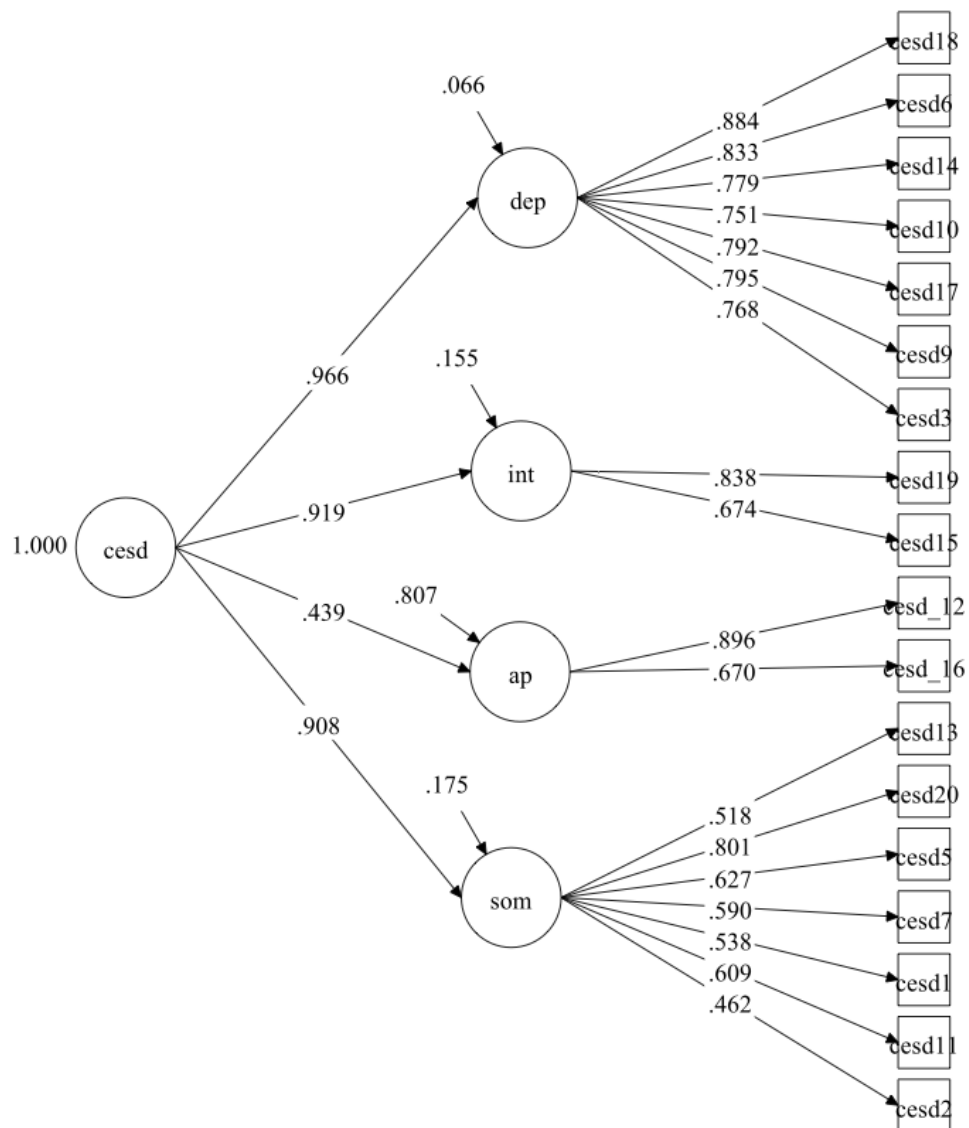
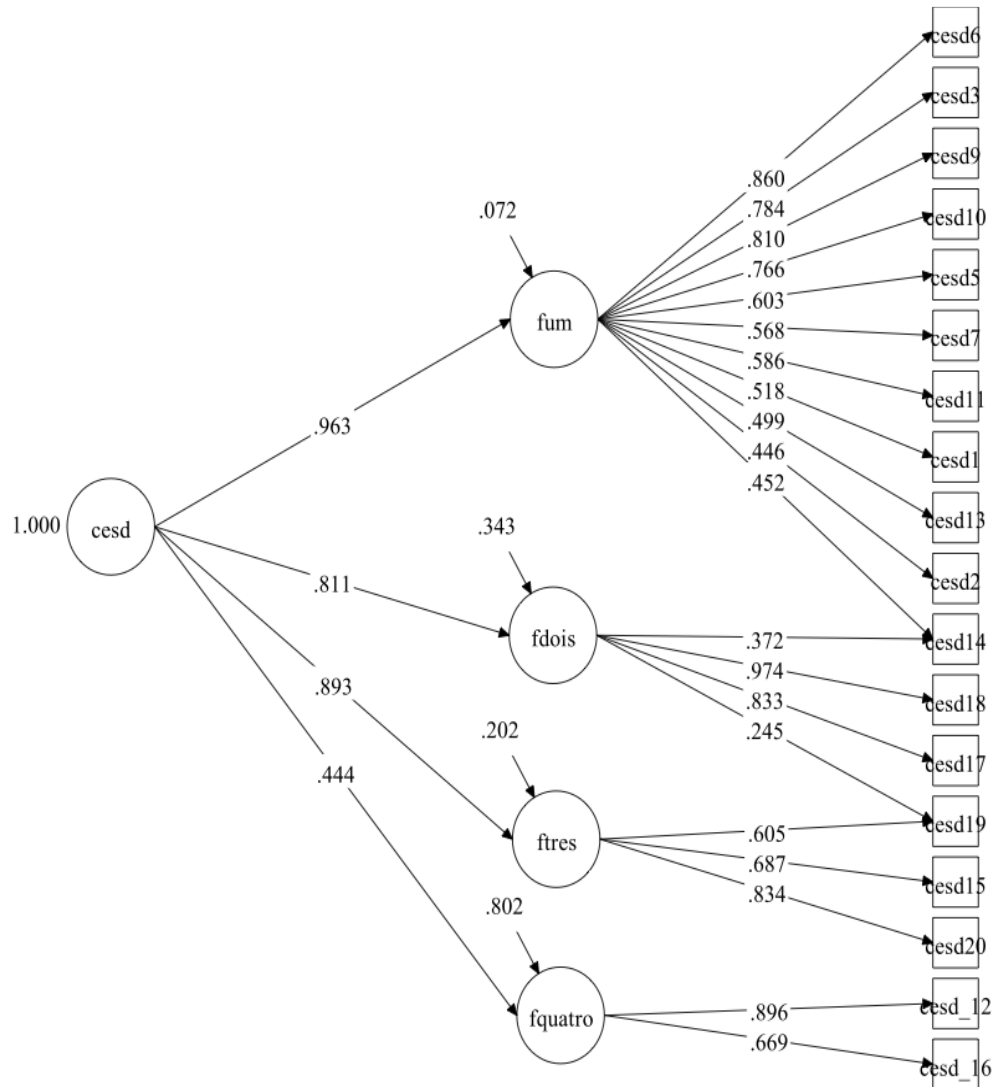


Figura 2: Diagrama do modelo da AFC correspondente ao construto Sintomas de Depressão constituído por quatro dimensões após as modificações (Modelo 7 final). São Luís – MA, 2010-2013.



ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PRÉ- NATAL



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL ENTREVISTA

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1. Ribeirão Preto

2. São Luís

2ª casela: 1. Pré-natal

2. Nascimento

3. 1ª ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: OM. Questionário da mãe

OO. Questionário do RN

SO. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. Ribeirão Preto

2. São Luís

CIDADEP

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENTP

Entrevistador (a): _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOME G

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):
__/__/____

DNGEST

6A. Idade da gestante __

99. Não sabe

IDADEG

7A. Data da ultrassonografia do recrutamento

(DD/MM/AAAA): __/__/____

DATUSR

99999999. Não sabe

8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do
recrutamento: __ semanas

IDGESTUSR

99. Não sabe

9A. Idade gestacional atual (pela USG):

__ semanas

IDGESTAT

99. Não sabe

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

 Telefone residencial: _____* _____ Outro telefone: _____* _____ celular: _____* _____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

 Telefone residencial: _____* _____ Telefone comercial: _____* _____ celular: _____* _____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

 Telefone residencial: _____* _____ Telefone comercial: _____* _____ celular: _____* _____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

 Telefone comercial: _____* _____ Telefone comercial: _____* _____

4B. Se a sra. pretenda mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

 Telefone residencial: _____* _____ Telefone comercial: _____* _____ celular: _____* _____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERG

2C A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 7C**
 9. Não sabe

ESCOLG

3C Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental do 1º grau
 3. Ensino médio do 2º grau
 4. Superior graduação incompleto **Passar para a questão 5C**
 5. Superior graduação completo **Passar para a questão 5C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOG

4C Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEG

5C A sra. estava estudando quando ficou grávida?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 7C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESTUDGRAV

6C A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PARQUEST

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
2. União consensual (Mora junto)
3. Solteira
4. Separada/desquitada/divorciada
5. Viúva
9. Não sabe

SITCONG

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. Não sabe

PESSOASP

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

MORACOMPP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
2. Não **Passar para a questão 12C**
9. Não sabe

MORAFILHOP

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTFILHOSP

12C. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. Rede pública/água encanada
2. Poço artesiano
3. Poço/cacimba
5. Outro _____
4. Rio/riacho/lagoa
9. Não sabe

AGUABEBER

13C. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ cômodos

99. Não sabe

COMODOS

14C. Quantos cômodos servem como dormitório?

- _____ cômodos
9. Não sabe

DORMITOR

15C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPA

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

RELACAOP

18C. A sua parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

PAROUTRAB

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passar para a questão 28C**

2. Companheiro

3. Mãe

4. Pai

5. Avô

6. Avó

7. Madrasta

8. Padrasto

9. Tia

10. Tio

11. Irmã

12. Irmão

13. Outro _____

99. Não sabe

CHEFEP

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino

2. Feminino

8. Não se aplica

9. Não sabe

SEXOCHEFEP

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

IDCHEFEP

22C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

LERCHEFEP

23C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
2. Não. **Passar para a questão 26C.**
8. Não se aplica
9. Não sabe

ESCOHEFEP

24C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1º grau
3. Ensino médio ou 2º grau
4. Superior graduação incompleto. **Passar para a questão 26C.**
5. Superior graduação completo. **Passar para a questão 26C.**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CURBOCHEFEP

25C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
2. Segunda
3. Terceira
4. Quarta
5. Quinta
6. Sexta
7. Sétima
8. Oitava
88. Não se aplica
99. Não sabe

SERIECHEFEP

26C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPACHEFEP

27C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria
 2. Assalariado ou empregado
 3. Dono de empresa-empregador
 4. Faz bico
 5. Não se aplica
 9. Não sabe

RELCHEFEP

28C. No mês passado, quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____

2ª pessoa R\$ _____

3ª pessoa R\$ _____

4ª pessoa R\$ _____

5ª pessoa R\$ _____

A família tem outra renda? _____

Renda total R\$ _____

9999. Não sabe

RENDAPP

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

29C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

TELEVISAOP

30C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

RADIOP

31C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

BANHEIROP

32C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

AUTOMOVLP

33C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

EMPREGADAP

34C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

MAQLAV ARP

35C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

DVDP

36C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

GELADEIRAP

37C. Freezer (aparato independente ou parede geladeira duplex)	0	2	2	2	2
--	---	---	---	---	---

FREEZERP

38C. Grau de instrução da pessoa com maior renda

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginásial incompleto	1
Ginásial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAOP

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.

10. Durante a gravidez, a srá. tomou cerveja?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 5D**
 9. Não sabe

CERVEJAG

20. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERVG

30. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERVG

40. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (800-720ml)
 5. Outro
 6. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERVG

50. Durante a gravidez a srá tomou vinho?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 9D**
 9. Não sabe

VINHOG

60. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIAVINHOG

70. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTVINHOG

8D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice ou taça (400 ml)
3. Garrafa pequena (300ml)
4. Garrafa (600-720ml)
5. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOVINHO

9D. Durante a gravidez a era, tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum, cachaça, caipitinha, balda?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 13D.**
9. Não sabe

DESTG

10D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIADDESTG

11D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTDESTG

12D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice, taça (400 ml)
3. Martelo, copo de pinga (100ml)
4. Lata (350ml) retirar
5. Garrafa pequena (300ml)
6. Garrafa (600-720ml)
7. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPODESTG

13D. Durante a gravidez com que frequência a era, consumiu cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Todos os dias
2. Quase todos os dias
3. 1 a 4 vezes na semana
4. 1 a 3 vezes por mês
5. Raramente
6. Nunca
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQBEB

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

14D. A sra. fumou ou fuma durante esta gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passar para questão 16D**
 9. Não sabe

FUMOGRAVP

15D. Quantos cigarros a sra. fuma ou fumou por dia durante a gravidez? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

GTFUMOP

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebidas com cafeína

16D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado café (café preto, café instantâneo tipo nescafé ou capuccino)?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 20D**
 9. Não sabe

CAFE

17D. Quantos dias por semana a sra. toma café? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE

18D. Quantas vezes por dia a sra. toma café? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE

19D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar café?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCAFE

20D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado chá (chá mate, chá preto, chá verde, chá amarelo, chá branco ou outro)?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 24D**
 9. Não sabe

CHA

21D. Quantos dias por semana a sra. toma chá? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCHA

22D. Quantas vezes por dia a sra. toma chá? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCHA

23D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar chá?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafézinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 6. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCHA

24D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado refrigerantes (poca-cola ou Pepsi-cola)?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 26D**
 9. Não sabe

REFRI

25D. Quantos dias por semana a sra. toma refrigerante? _

6. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASREFRI

26D. Quantas vezes por dia a sra. toma refrigerante? __

66. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESREFRI

27D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar refrigerante?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafézinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 6. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOREFRI

28D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado bebidas com chocolate?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 32D**
 9. Não sabe

CHOCOLATE

29D. Quantos dias por semana a sra. toma bebidas com chocolate? _

6. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCHOCO

30D. Quantas vezes por dia a sra. toma bebidas com chocolate? __

66. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCHOCO

31D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar bebidas com chocolate?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCHOCO

32D. Desde que ficou grávida a sra. tem comido alimentos com chocolate?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 1E**
 9. Não sabe

ALCHOCO

33D. Quantos dias por semana a sra. come chocolate? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASALCHO

34D. Quantas vezes por dia a sra. come chocolate? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESALCHO

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a gestante, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __

88. Não se aplica – não tem companheiro atual
 99. Não sabe

IDCOMPP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCOMPP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 6E**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESCCOMPP

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1º grau
3. Ensino médio ou 2º grau
4. Superior graduação incompleto **Passar para a questão 6E**
5. Superior graduação completo **Passar para a questão 6E**
6. Não se aplica
9. Não sabe

CURSOCOMPP

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. Primeira
2. Segunda
3. Terceira
4. Quarta
5. Quinta
6. Sexta
7. Sétima
8. Oitava
99. Não se aplica
99. Não sabe

SERIECOMPP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. Sim
2. Não **Passar para a questão 1F**
6. Não se aplica
9. Não sabe

TRABCOMPP

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

99. Não se aplica
99. Não sabe

OCUPCOMPP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
6. Não se aplica
9. Não sabe

RELCOMPP

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Com quantos parceiros do sexo masculino a sra. já teve relação sexual? __

99. Não sabe

NPARCEIROS

2F. Algum parceiro sexual masculino já disse à sra. que teve doença sexualmente transmissível (doença venérea)?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 4F**

9. Não sabe

DST

3F. Caso o parceiro já tenha lhe dito, qual o nome da (s) doença(s)?

99. Não se aplica

99. Não sabe

NOMEDST

4F. Algum dos parceiros sexuais masculinos já lhe disse ser HIV positivo ou ter AIDS?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIV

5F. A sra. já foi chamada por algum serviço de saúde por ter tido relação sexual com alguma pessoa com doença sexualmente transmissível?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 7F**

9. Não sabe

SSDST

6F. Caso tenha sido chamada, qual o nome da (s) doença(s)?

99. Não se aplica

99. Não sabe

NOMESSDST

7F. No ano anterior a essa gravidez, a sra. estava usando algum método contraceptivo?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 1G**

9. Não sabe

METODO

8F. Caso sim, qual o método contraceptivo que a sra. estava usando? (pode marcar mais de uma opção)?

1. Camisinha somente

2. Camisinha/ espermicida

3. Diafragma somente

4. Diafragma/ Espermicida

5. Espermicida somente

6. Esponja

7. DIU
 8. Pílulas orais
 9. Tabela inímetro (calendário, temperatura)
 10. Coito interrompido
 11. Ducha vaginal
 12. Injetáveis
 13. Outros
 98. Não se aplica
 99. Não sabe
- QUALMETODO

BLOCO G – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL, DO PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO

Pergunte se a gestante dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

- 1G. A sra tem cartão da gestante?
 1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica – não fez pré-natal
 9. Não sabe
- CARTAO P
- 2G. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AAAA)?
 ___/___/____
 9999999. Não sabe
- DUMP
- 3G. Caso não saiba o dia, informar o mês e o ano (MM/AAAA)?
 88888. Não se aplica
 99999. Não sabe
- MESANOUMP
- 4G. Qual o seu peso antes de engravidar? _____ kg
 9999. Não sabe
- PESOANTESP
- 5G. Qual a sua altura antes de engravidar? _____ cm
 9999. Não sabe
- ALTURAANTP
- 6G. A sra está fazendo pré-natal?
 1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 11G**
 9. Não sabe
- PNP
- 7G. Qual a data da primeira consulta pré-natal
 (DD/MM/AAAA)? ___/___/____
 8888888. Não se aplica
 9999999. Não sabe
- DT1CPNP
- 8G. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __
 88. Não se aplica
 99. Não sabe
- MES1CPNP

9G. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de gestação? __		
99. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTCPN1P	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10G. Onde a sra. está realizando o pré-natal nesta gestação?		
1. <input type="checkbox"/> SUS (posto de saúde, hospital universitário)		
2. <input type="checkbox"/> Plano de Saúde		
3. <input type="checkbox"/> Particular		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	LOCALPN	<input type="checkbox"/>
11G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTF	<input type="checkbox"/>
12G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) na gestação atual?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTG	<input type="checkbox"/>
13G. A mãe da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTM	<input type="checkbox"/>
14G. A mãe da sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTMG	<input type="checkbox"/>
15G. O pai da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTP	<input type="checkbox"/>
16G. O(s) irmão(s) ou irmã(s) da sra. têm hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 18G		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTH	<input type="checkbox"/>
17G. Caso sim, quantos irmãos ou irmãs têm hipertensão crônica (pressão alta)? _____ irmãos ou irmãs		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTHQ	<input type="checkbox"/>

18G. A(s) sua(s) irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação?

1. Sim
 2. Não **Passar para o bloco H**
 9. Não sabe

HIPERTIG

19G. Caso sim, quantas irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação? _____ irmãs

8. Não se aplica
 9. Não sabe

HIPERTIGO

BLOCO H – EXPOSIÇÃO A METAIS

1H. Alguém que vive na sua casa trabalha em fábrica de tintas, adubos, vidros, cerâmica, plástico, conserto de baterias ou galvanoplastia (revestimento de metais)?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

FABTINTA

2H. Tem alguma fábrica ou indústria perto da casa da sra.?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 4H**
 9. Não sabe

FABRICA

3H. Caso sim, qual é a distância da fábrica para a casa da sra.?
 (estimativa por quarteirões) __

00. No mesmo quarteirão
 99. Não se aplica
 99. Não sabe

DISTFABRICA

4H. A sra. reformou ou pintou a sua casa recentemente?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

PINTOU CASA

5H. A sra. tem alguma atividade de lazer/hobby como pintura, cerâmica, pesca ou tiro com arma de fogo?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LAZER

6H. A sra. come peixe, marisco ou camarão?

1. Sim
 2. Não **Passar para a questão 8H**
 9. Não sabe

PEIXE

7H. Caso sim, qual é a frequência?

1. Uma vez na semana
2. Mais de uma vez na semana
3. Uma vez ao mês
4. 2 a 3 vezes ao mês
5. Diariamente
6. Não se aplica
9. Não sabe

FREQPEIXE

8H. A sra. consumiu peixe, camarão ou marisco nos últimos 2 dias?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PEIXE2D

9H. A sra. toma remédios, chás, energéticos, vitaminas?

1. Sim
2. Não **Resse para a questão 25H**
9. Não sabe

REM

Caso tome, qual o nome do remédio e qual o mês de início e de término? Se continua usando, anotar que está em uso?

10H. Remédio

88. Não se aplica

99. Não sabe

REM1

11H. Mês da gestação de início _

00. Usa desde antes da gravidez

88. Não se aplica

99. Não sabe

IREM1

12H. Mês da gestação de término _

10. Ainda usa

88. Não se aplica

99. Não sabe

TREM1

13H. Remédio

88. Não se aplica

99. Não sabe

REM2

14H. Mês da gestação de início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
15H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
16H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
17H. Mês da gestação de início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
18H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
19H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
20H. Mês da gestação de início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
21H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
22H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		
23H. Mês da gestação de início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		

IREM2

TREM2

REM3

IREM3

TREM3

REM4

IREM4

TREM4

REM5

IREM5

24H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TREM5	
25H. A era. masca chicletes?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 27H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	CHICLETE	
26H. Caso sim, com que frequencia?		
1. <input type="checkbox"/> Diariamente		
2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	FREQCHIC	
27H. A era. tem dentes com restaurações (obturações) de metal (amálgama)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 29H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	RESTAURA	
28H. Caso sim, há quanto tempo? __ anos		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	TRESTAURA	
29H. A era. usa tintura, tonalizante ou descolorante de cabelo?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 31H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	TINTURA	
30H. Caso sim, com que frequencia?		
1. <input type="checkbox"/> Diariamente		
2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	FREQTINT	
31H. A era. tem horta em casa?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para o BLOCO I		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	HORTA	
32H. Caso sim, a era. come as verduras da sua horta?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
	COMEVERD	

33H. Qual a água que a era, usa para irrigar a sua tórta?

1. Água da torneira
2. Água do poço
3. Outra: _____
6. Não se aplica
9. Não sabe

AGUAHORTA

BLOCO I – SAÚDE BUCAL

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua saúde bucal (condições de seus dentes e gengivas) e sobre a utilização de serviços de odontologia.

11. Tente se lembrar como era a sua saúde bucal antes da gravidez. Antes desta gravidez, como a era, considerava a sua saúde bucal?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Razoável
5. Ruim
9. Não sabe

SBUCAL

21. Desde que começou esta gravidez, a era, percebeu alguma mudança na condição de suas gengivas (ficaram inflamadas (inchadas) ou passaram a sangrar durante a escovação ou mesmo sem tocar nelas)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

GENGIVA

31. Desde que começou esta gravidez a era, percebeu alguma mudança na condição de seus dentes (apareceram novas cáries nos dentes ou as cáries antigas ficaram piores)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTE

41. Antes dessa gestação, algum dentista alguma vez disse que a era, precisaria fazer tratamento para a gengiva?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTISTA



BLOCO J – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ-versão curta)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA SEMANA**. As perguntas incluem as atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS OU PESADAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

- 3J. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ1
- 4J. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?
- Horas __ Minutos __ IPAQ2
- 5J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. **(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)?**
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ3
- 6J. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
- Horas __ Minutos __ IPAQ4
- 7J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS OU PESADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cuidar do jardim, carregar pesos pesados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ5
- 8J. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas ou pesadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
- Horas __ Minutos __ IPAQ6

BLOCO K – ESCORE DE BLOCK (GORDURAS)

Pense agora a respeito dos seus hábitos alimentares no último ano. Aproximadamente, com que frequência você consome cada um dos alimentos abaixo. (Se não consumir, marcar a primeira opção).

Alimentos	1 vez ou menos ao mês	2 a 3 vezes ao mês	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana		
1K. Hambúrguer, cheeseburger ou bauru	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG1	<input type="checkbox"/>
2K. Bife ou carne assada	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG2	<input type="checkbox"/>
3K. Frango frito	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG3	<input type="checkbox"/>
4K. Salsicha, cachorro quente, salame	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG4	<input type="checkbox"/>
5K. Presunto, mortadela e embutidos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG5	<input type="checkbox"/>
6K. Maionese comum	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG6	<input type="checkbox"/>
7K. Margarina ou Manteiga	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG7	<input type="checkbox"/>
8K. Ovos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG8	<input type="checkbox"/>
9K. Bacon ou linguiça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG9	<input type="checkbox"/>
10K. Queijos e requeijão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG10	<input type="checkbox"/>
11K. Leite integral	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG11	<input type="checkbox"/>
12K. Batata frita	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG12	<input type="checkbox"/>
13K. Salgadinhos de pacote, pipoca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG13	<input type="checkbox"/>
14K. Sorvetes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG14	<input type="checkbox"/>
15K. Bolachas, doces de padaria, bolos, pastéis, massas, bñadas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	BLOCKG15	<input type="checkbox"/>

BLOCO L – EXAME CLÍNICO

1L. Peso (medida): _____Kg	PESO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2L. Percentual de gordura corporal: _____%	PGORDURA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3L. Altura (medida): _____cm	ALTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4L. Pressão arterial sistólica 1ª. medida: _____mmHg	PAS1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5L. Pressão arterial sistólica 2ª. medida: _____mmHg	PAS2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6L. Pressão arterial diastólica 1ª. medida: _____mmHg	PAD1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7L. Pressão arterial diastólica 2ª. medida: _____mmHg	PAD2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8L. Pulso: _____ batimentos por minuto	PULSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATERIAL BIOLÓGICO E EXAMES DA GESTANTE

9L. Foi feita coleta de sangue? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	SANGUE	<input type="checkbox"/>
10L. Foi feita coleta de urina? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	URINA	<input type="checkbox"/>
11L. Foi feita coleta de secreção vaginal? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	SECVAG	<input type="checkbox"/>
12L. Foi feito exame odontológico? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	ODONTO	<input type="checkbox"/>
13L. Foi feita ultrassonografia? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	USGP	<input type="checkbox"/>

ANEXO B – QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO PRÉ-NATAL- BLOCO O



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO

BLOCO O - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, preencha cada item da lista de maneira cuidadosa. Indique agora os sintomas que você apresentou na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Os sintomas podem estar ausentes, suaves (não lhe incomodam muito), moderados (são desagradáveis, mas você consegue suportar) ou severos (quase você não consegue suportar). Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	Ausente	Suave	Moderado	Severo	
10. Dormência ou formigamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK1 <input type="checkbox"/>
20. Sensações de calor	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK2 <input type="checkbox"/>
30. Tremor nas pernas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK3 <input type="checkbox"/>
40. Incapaz de relaxar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK4 <input type="checkbox"/>
50. Medo de acontecimentos ruins	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK5 <input type="checkbox"/>
60. Confusa ou delirante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK6 <input type="checkbox"/>
70. Coração batendo rápido e forte	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK7 <input type="checkbox"/>
80. Insegura	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK8 <input type="checkbox"/>
90. Apavorada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK9 <input type="checkbox"/>
100. Nervosa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK10 <input type="checkbox"/>
110. Sensação de sufocamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK11 <input type="checkbox"/>
120. Tremor nas mãos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK12 <input type="checkbox"/>
130. Trêmula	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK13 <input type="checkbox"/>
140. Medo de perder o controle	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK14 <input type="checkbox"/>
150. Dificuldade de respirar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK15 <input type="checkbox"/>
160. Medo de morrer	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK16 <input type="checkbox"/>
170. Assustada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK17 <input type="checkbox"/>
180. Indigestão ou desconforto abdominal	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK18 <input type="checkbox"/>
190. Desmaios	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK19 <input type="checkbox"/>
200. Rubor facial	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK20 <input type="checkbox"/>
210. Sudorese (não devido ao calor)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK21 <input type="checkbox"/>

ANEXO B – QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO PRÉ-NATAL- BLOCO P



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO

+

+

BLOCO P - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)		
1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD1	<input type="checkbox"/>
2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD2	<input type="checkbox"/>
3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD3	<input type="checkbox"/>
4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maiorias delas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD4	<input type="checkbox"/>
5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD5	<input type="checkbox"/>
6P. Senti-me deprimida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD6	<input type="checkbox"/>
7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD7	<input type="checkbox"/>
8P. Senti-me otimista com relação ao futuro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD8	<input type="checkbox"/>
9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD9	<input type="checkbox"/>
10P. Senti-me amedrontada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD10	<input type="checkbox"/>
11P. Meu sono não foi repousante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD11	<input type="checkbox"/>
12P. Estive feliz	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD12	<input type="checkbox"/>
13P. Falei menos que o habitual	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD13	<input type="checkbox"/>
14P. Senti-me sozinha	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD14	<input type="checkbox"/>
15P. As pessoas não foram amistosas comigo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD15	<input type="checkbox"/>
16P. Aproveitei minha vida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD16	<input type="checkbox"/>
17P. Tive crises de choro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD17	<input type="checkbox"/>
18P. Senti-me triste	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD18	<input type="checkbox"/>
19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD19	<input type="checkbox"/>
20P. Não consegui levar adiante minhas coisas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD20	<input type="checkbox"/>

ANEXO B – QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO PRÉ-NATAL- BLOCO S



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO

Bloco S – Escala Medical Outcomes Study (MOS)

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

9S. Que a ajude, se ficar de cama? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS9	<input type="checkbox"/>
10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS10	<input type="checkbox"/>
11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS11	<input type="checkbox"/>
12S. Para levá-la ao médico? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS12	<input type="checkbox"/>
13S. Que demonstre amor e afeto por você? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS13	<input type="checkbox"/>
14S. Para se divertir junto? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS14	<input type="checkbox"/>
15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS15	<input type="checkbox"/>
16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS16	<input type="checkbox"/>
17S. Que lhe dê um abraço? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS17	<input type="checkbox"/>
18S. Com quem relaxar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS18	<input type="checkbox"/>
19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS19	<input type="checkbox"/>
20S. De quem você realmente quer conselhos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS20	<input type="checkbox"/>
21S. Com quem distrair a cabeça? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS21	<input type="checkbox"/>
22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS22	<input type="checkbox"/>
23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS23	<input type="checkbox"/>
24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS24	<input type="checkbox"/>
25S. Com quem fazer coisas agradáveis? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS25	<input type="checkbox"/>
26S. Que compreenda seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS26	<input type="checkbox"/>
27S. Que você ame e que faça você se sentir querida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS27	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL MATERNA- item 57- Bloco N

QUESTIONÁRIO DE VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Por gentileza, indique com que frequência as seguintes afirmações são verdadeiras para você. Não existem respostas "certas" ou "erradas". Escolha a resposta que mais parece certa de acordo com sua experiência recente.

1. Sinto-me próxima do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN1	<input type="checkbox"/>
2. Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN2	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me distante do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN3	<input type="checkbox"/>
4. Adoro fazer carinho no meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN4	<input type="checkbox"/>
5. Arrependo-me de ter tido este bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN5	<input type="checkbox"/>
6. Este bebê não parece ser meu. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN6	<input type="checkbox"/>
7. O meu bebê me enerva. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN7	<input type="checkbox"/>
8. Amo loucamente o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN8	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me feliz quando meu bebê sorri. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN9	<input type="checkbox"/>
10. O meu bebê me deixa desesperada. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN10	<input type="checkbox"/>
11. Gosto muito de brincar com o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN11	<input type="checkbox"/>
12. O meu bebê chora demais. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN12	<input type="checkbox"/>
13. Sinto-me encurralada como mãe. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN13	<input type="checkbox"/>
14. Sinto-me zangada com o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN14	<input type="checkbox"/>
15. Sinto rancor do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN15	<input type="checkbox"/>
16. O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN16	<input type="checkbox"/>
17. Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN17	<input type="checkbox"/>
18. Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN18	<input type="checkbox"/>
19. O meu bebê me deixa ansiosa. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN19	<input type="checkbox"/>
20. Tenho medo do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN20	<input type="checkbox"/>
21. Meu bebê me irrita. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN21	<input type="checkbox"/>
22. Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN22	<input type="checkbox"/>
23. Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN23	<input type="checkbox"/>
24. Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN24	<input type="checkbox"/>
25. É fácil consolar o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> nunca	VIN25	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL MATERNA- item 59- Bloco N

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Essa parte da entrevista consta de 10 perguntas, sendo que cada pergunta tem 4 respostas possíveis. Por favor, escolha a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

Nos últimos 7 dias, a senhora...

1 - Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?

0	Como eu sempre fiz	1	Não tanto quanto antes	2	Sem dúvida, menos que antes	3	De jeito nenhum		EPDS1	<input type="checkbox"/>
---	--------------------	---	------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------	--	-------	--------------------------

2 - Tem pensado no futuro com alegria?

0	Sim, como de costume	1	Um pouco menos que de costume	2	Muito menos que de costume	3	Praticamente não		EPDS2	<input type="checkbox"/>
---	----------------------	---	-------------------------------	---	----------------------------	---	------------------	--	-------	--------------------------

3 - Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?

3	Sim, muito frequentemente	2	Sim, às vezes	1	Raramente	0	Não, de jeito nenhum		EPDS3	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---	----------------------	--	-------	--------------------------

4 - Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?

0	Não, de jeito nenhum	1	De vez em quando	2	Sim, as vezes	3	Sim, muito seguido		EPDS4	<input type="checkbox"/>
---	----------------------	---	------------------	---	---------------	---	--------------------	--	-------	--------------------------

5 - Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?

3	Sim, muito seguido	2	Sim, às vezes	1	Raramente	0	Não, de jeito nenhum		EPDS5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------	---	---------------	---	-----------	---	----------------------	--	-------	--------------------------

6 - Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?

3	Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles	2	Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes	1	Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles	0	Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes		EPDS6	<input type="checkbox"/>
---	--	---	--	---	--	---	---	--	-------	--------------------------

7 - Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?

3	Sim, na maioria das vezes	2	Sim, algumas vezes	1	Raramente	0	Não, nenhuma vez		EPDS7	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------	---	--------------------	---	-----------	---	------------------	--	-------	--------------------------

8 - Tem se sentido triste ou muito mal?

3	Sim, na maioria das vezes	2	Sim, muitas vezes	1	Raramente	0	Não, de jeito nenhum		EPDS8	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------	---	-------------------	---	-----------	---	----------------------	--	-------	--------------------------

9 - Tem se sentido tão triste que tem chorado?

3	Sim, a maior parte do tempo	2	Sim, muitas vezes	1	Só de vez em quando	0	Não, nunca		EPDS9	<input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	---	-------------------	---	---------------------	---	------------	--	-------	--------------------------

10 - Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?

3	Sim, muitas vezes	2	Às vezes	1	Raramente	0	Nunca		EPDS10	<input type="checkbox"/>
---	-------------------	---	----------	---	-----------	---	-------	--	--------	--------------------------

ANEXO D- PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: **Antônio Augusto Moura da Silva**
Equipe executora: **Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto**

Tipo de Pesquisa: **Projeto Temático**

Registro do CEP: **350/08** Processo **4771/2008-30**

Instituição onde será desenvolvido: **Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.08** o processo Nº. **4771/2008-30**, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável **Antônio Augusto Moura da Silva**, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio L. de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de

bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.

- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi

contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data: ____ / ____ / ____

Nome da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO F – NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras;

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre

instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações); 1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); 2.0 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) - ClinicalTrials.gov - International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) - [NetherlandsTrial Register \(NTR\)](http://NetherlandsTrialRegister.nl) - [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://UMINClinicalTrialsRegistry.org) - [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://WHOInternationalClinicalTrialsRegistryPlatform.org)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE , que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de

esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cader.nos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php> . O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo. 12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores. 12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS. 13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

ANEXO G – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta

a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos on-line, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics;* 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico - Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf