

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

Aspectos transgeracionais do transtorno de ansiedade social entre mulheres jovens: da percepção acerca do vínculo com suas mães à influência do transtorno no desenvolvimento cognitivo e na linguagem de seus filhos.

Rochele Dias Castelli

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Pelotas, Fevereiro de 2015

ROCHELE DIAS CASTELLI

Aspectos transgeracionais do transtorno de ansiedade social entre mulheres jovens: da percepção acerca do vínculo com suas mães à influência do transtorno no desenvolvimento cognitivo e na linguagem de seus filhos.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Pelotas

2015

ROCHELE DIAS CASTELLI

Aspectos transgeracionais do transtorno de ansiedade social entre mulheres jovens: da percepção acerca do vínculo com suas mães à influência do transtorno no desenvolvimento cognitivo e na linguagem de seus filhos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1º Examinador Profª. Dra. Luciana de Ávila Quevedo

2º Examinador Prof. Dr. Alfredo Cardoso Lhullier

3º Examinador: Prof. Dr. Hudson Wander de Carvalho

Pelotas, 26 de fevereiro de 2015.

Agradecimentos

À Capes e ao CNPq, órgãos que permitiram dedicar-me à pesquisa, aprender e me desenvolver como profissional e como pessoa através de bolsas de estudo e da oportunidade de viver no exterior.

Ao meu orientador, professor Ricardo Tavares Pinheiro, com quem cresci como pessoa e como profissional ao longo de seis anos de trabalho. Obrigada por confiar em mim, por respeitar minhas escolhas e quem eu sou e, em especial, pela paciência e compreensão de sempre.

Ao professor Fabio Coelho pelo auxílio prestado, especialmente pelos socorros solicitados em momentos inconvenientes e de atrapalhão.

Às queridas Flavia e Ariadne pela disponibilidade, torcida, carinho e paciência.

À equipe do desenvolvimento infantil que permitiu que essa coleta de dados fosse possível, prazerosa e divertida. Obrigada pelas deliciosas manhãs regadas a mate, correria e boas risadas. Em especial às queridas bolsistas Samile, Jamile e Luíza que me ajudaram a entender que escolhi o caminho certo; às Baylets Mari Lopez, Dê, Natália e Mari Carret que dividiram comigo as angústias e delícias das avaliações infantis; ao Gustavo com quem dividi as mais intensas gargalhadas entre os atendimentos; e à “sub chefe” mais espetacular e generosa que alguém pode ter: Mari Bonati. Mais que companheiros de trabalho levo amigos para a vida! O processo não teria sido tão bonito, intenso e feliz sem cada um de vocês!

À “minha equipa” Portugal, onde fui acolhida com todo carinho e com quem aprendi muito sobre clínica, sobre outras formas de fazer pesquisa, de dividir e ser grupo. Minha vida pós MIs é muito mais rica, mas também incompleta pela constante saudade. Quero aqui destacar personagens centrais na minha adaptação e crescimento. Um obrigada especial ao professor Miguel e às minhas doces Inês, Catarina e Joana.

Ainda sobre Portugal não posso deixar de agradecer minhas famílias “lusitanas”. À família Truthostel: Adrian, Pedro, Jacobo, Jessica e Anabela toda minha gratidão e carinho. Em especial à minha japinha preferida em quem encontrei uma irmã... Camila, obrigada por viver comigo o turbilhão que é a saudade de casa e a descoberta de um “novo mundo”! À família Silva/Cabeço que me acolheu como uma filha/amiga/irmã o meu mais sincero e profundo obrigada. Conviver com vocês foi dos maiores privilégios da minha vida! Não posso

esquecer dos queridos amigos que me “traziam para casa” com carinho, feijão e churrasco... obrigada por tudo Andriza e Rafael! Todos vocês tornaram esta a experiência mais bonita da minha vida até aqui.

Ao César por ser meu “*Sancho Panza*” moderno e repaginado. Só foi possível viver esta aventura com tanto romancismo e com alguma sanidade graças as tuas sábias, sensíveis e efetivas intervenções.

Aos incansáveis e pacienciosos amigos Vivi, Lulu, Furão, Bianca, Christian e Mario por me ajudarem em momentos estressantes e de crise com cervejinhas geladas, boas risadas e sábias palavras.

À Luciana, amiga, irmã, mestre, exemplo... Não há palavras para expressar o tamanho da minha gratidão e da minha admiração! Teu incentivo constante, teu carinho, tua crença nas minhas potencialidades e habilidades, teus conselhos, tua leitura e compreensão dos meus processos, teu suporte, teu reforço positivo, tua ajuda e direcionamento, enfim, tua amizade foram elementos cruciais nesta jornada. Talvez eu tivesse conseguido sozinha, mas com certeza sem a tua presença eu não seria o que sou hoje. Obrigada por seres quem és e por fazer parte da minha vida!

E finalmente à minha família pelo continente e estrutura que permitem que eu “vá para o mundo” e que despertaram em mim o desejo de crescer e me superar. Obrigada mãe, pai, dinda, Silvia, mano e Lui. Um obrigada especial à minha irmã, Natasha, com quem dividi o tempo de escrita, as dificuldades e alegrias do processo e à minha avó, coruja orgulhosa, responsável por quem eu sou e pela maior parte de minhas conquistas e meu exemplo de mulher, de força e de garra.

SUMÁRIO

RESUMO	8
APRESENTAÇÃO	12
PARTE I- PROJETO	
I. IDENTIFICAÇÃO	13
II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	14
2.1 Introdução:	14
2.2 Objetivos:	15
2.3 Hipóteses:	15
III. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Estratégias de busca:	18
IV. MÉTODOS	18
4.1. Delineamento:	18
4.2 Amostra:	18
4.3 Instrumentos:	19
4.4 Definições das variáveis:	21
4.5 Pessoal envolvido:	23
4.6 Estudo-piloto:	23
4.7 Logística:	23
4.8 Controle de Qualidade:	24
4.9 Processamento e análise dos dados:	24
4.10 Divulgação dos Resultados:	24
4.11 Considerações éticas:	25
4.12 Cronograma:	25
V.REFERÊNCIAS:	26
Anexo A- Questionário etapa gestação.....	29
Anexo B- Questionário mãe etapa 30 meses pós parto.....	35
Anexo C- Questionário criança etapa 30 meses pós parto.....	37
Anexo D - MINI Plus.....	39
Anexo E – Consentimento Livre e Esclarecido.....	40

PARTE II- ARTIGOS

Primeiro Artigo da Tese.48

Segundo artigo da Tese56

PARTE III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais74

Resumo

Introdução: O transtorno de ansiedade social é um transtorno comum e o surgimento de seus sintomas, como sua característica inibição comportamental, parecem estar relacionados tanto a percepção de falta de cuidado e afeto quanto a de excesso de proteção e controle dispensados pelas mães. Por sua vez, sabe-se que mães com transtornos psiquiátricos podem influenciar negativamente o desenvolvimento de seus filhos, afetando seu desempenho em diversas habilidades incluindo cognição e linguagem.

Objetivo: Verificar se há associação entre presença de transtorno de ansiedade social em jovens mulheres e a percepção acerca da forma como foram cuidadas por suas mães, além de investigar se a presença do transtorno entre essas jovens tem impacto no desempenho cognitivo e na linguagem de seus filhos.

Método: Este trabalho é um recorte de um estudo de coorte. A amostra foi composta por gestantes adolescentes, (com idades entre 13 e 19 anos) que realizaram seu pré natal através do sistema único de saúde e que residiam na zona urbana da cidade de Pelotas. Estas foram acompanhadas durante a gestação e 30 meses após o parto. A presença de transtorno de ansiedade social foi investigada através do Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus). Para medir percepção acerca da qualidade do vínculo entre mãe e filha em termos de cuidado e controle utilizamos a versão validada para o Português do Parental Bonding Instrument (PBI). Os desempenhos na cognição e linguagem das crianças foram avaliados através da Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3ª ed) aos 30 meses.

Resultados: Foi encontrada associação significativa entre a forma como as jovens percebiam o vínculo com suas mães e a presença de transtorno de ansiedade social. A chance de apresentar o transtorno foi mais alta entre as mulheres que percebiam sua mãe como negligente (RP 6.39 IC 95% 1.2-32.0) e como pouco afetiva e muito controladora (RP 5.57 IC 95% 1.5-19.7) quando comparadas aquelas cujo cuidado materno era considerado ideal. Também foi significativa a associação entre a presença do transtorno de ansiedade social entre as jovens e pior desempenho de seus filhos nas escalas cognitiva e de linguagem. Filhos de mães com o transtorno apresentaram 4.5 pontos a menos de média comparadas a filhos de mães sem o transtorno nas escalas cognitiva (IC 95% -7.8; -1.1 p = 0.008) e de linguagem (IC 95% -9.0; -0.5 p = 0.047).

Conclusão: estes achados sugerem que as características maternas são importantes para o desenvolvimento dos filhos e parece haver uma transmissão entre as gerações dos modelos

internalizados. A percepção acerca da vinculação dessas jovens com suas mães parece ter influencia na etiologia do transtorno de ansiedade social e, por sua vez, a presença do transtorno entre essas mulheres tem influencia no desempenho de habilidades como cognição e linguagem entre seus filhos. Compreender os aspectos relacionados à origem e às consequências de transtornos comuns, como o transtorno de ansiedade social, podem resultar em melhores estratégias de diagnóstico e intervenção precoces e trabalhos de prevenção.

Palavras chave: transtorno de ansiedade social; vínculo materno; desenvolvimento infantil; cognição; linguagem.

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder is a common disease, which symptoms, including behavioral inhibition, seem to be associated with poor affective care and maternal over control and protection. In addition, it has been shown that children raised by mothers with mental disorders have a poor cognitive and verbal performance.

Objectives: Assess the association between social anxiety disorder in young women and their perception of how their own mothers raised them, as well as its association with cognitive and verbal development in their children.

Methods: We used data from a cohort study. Teenage mothers, (from 13 to 19 years old) receiving prenatal medical assistance in the national public health system in the urban area of Pelotas, were prospectively followed during their pregnancy and 30 months postpartum. Social anxiety disorder was assessed using the Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus). We used the Portuguese version of the Parental Bonding Instrument (PBI), to measure women's perception of bond quality with their own mothers, in terms of care and control. We assessed the children's cognitive and verbal performances using the da Bayley Scales of Infant and Toddler Development- Third Edition at 30 months.

Results: We found a significant association between the presence of social anxiety disorder in young women and bond perception with their mothers; prevalence of social anxiety disorder was higher in women who reported their mothers as neglectful (PR 6.39 95% CI 1.2-32.0), and between women who perceived their mother as affectionless controlling (PR 5.57 CI 95% 1.5-19.7) when compared to those who received optimal care. In addition, children of women with social anxiety disorder had a mean score 4.5 points lower in cognitive (IC 95% -7.8; -1.1 $p = 0.008$) and verbal scales (IC 95% -9.0; -0.5 $p = 0.047$).

Conclusion: Our results suggest that maternal characteristics are important for their children development, and it seems that there is a transmission of internalized models between generations. The women's bond perception with their mothers seemed to influence the presence of social anxiety disorder, and this affected their own children cognitive and verbal development. To understand the aspects related to the origin and consequences of common disorders, like social anxiety disorder, could help us develop better diagnostic strategies for early intervention and prevention.

Keywords: social anxiety disorder; maternal bonding; child development; language; cognition.

APRESENTAÇÃO

Estudos epidemiológicos sobre características maternas, incluindo questões referentes a saúde mental, e seus efeitos no desenvolvimento de seus filhos são extremamente relevantes. Reconhecer fatores associados à etiologia e possíveis consequências de transtornos mentais mais frequentes, como é o caso do transtorno de ansiedade social, pode auxiliar na escolha de estratégias de diagnóstico, prevenção e intervenção para o melhor interesse das mães e de seus filhos, dando o direcionamento adequado das políticas de saúde pública.

Este trabalho foi elaborado como um requisito para a obtenção do grau de doutora em Saúde e Comportamento na Universidade Católica de Pelotas. Esta tese faz parte de um estudo maior intitulado “Impacto da Doença Mental Materna no Desenvolvimento e Comportamento Infantil: Estudo de Coorte”.

O material apresentado está disposto em três partes. A primeira referente ao projeto intitulado **“Aspectos transgeracionais do transtorno de ansiedade social entre mulheres jovens: da percepção acerca do vínculo com suas mães à influência do transtorno no desenvolvimento cognitivo e na linguagem de seus filhos”** está subdividida em Identificação, Delimitação do Problema, Revisão de Literatura, Métodos e em anexo estão os instrumentos utilizados no estudo.

A segunda parte refere-se aos dois artigos resultantes do projeto; o primeiro intitulado **“Association between perception of maternal care styles and social anxiety disorder among young women”** e o segundo intitulado **“Cognitive and language performance in children is associated with maternal social anxiety disorder: a study with young mothers in southern Brazil”**.

A terceira parte diz respeito às considerações finais e responde as hipóteses elaboradas no projeto de acordo com os resultados alcançados, sintetizando o trabalho. Desta forma, busca-se responder os objetivos do estudo trazendo uma contribuição que possa auxiliar no entendimento deste tema.

PARTE I- PROJETO

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Aspectos transgeracionais do transtorno de ansiedade social entre mulheres jovens: da percepção acerca do vínculo com suas mães à influência do transtorno no desenvolvimento cognitivo e na linguagem de seus filhos.

1.2. Doutoranda: Rochele Dias Castelli

1.3. Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Depressão pós-parto

1.6. Data: 08/2013

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

O desenvolvimento humano tem uma série de características que são consenso no meio científico. Entre elas o acordo de que ele abarca três domínios: físico, cognitivo e psicossocial e que estes estão inter-relacionados; o de que há uma ampla gama de diferenças individuais que agem sobre ele; o de que o indivíduo é influenciado pelo contexto em que está inserido; as experiências iniciais são importantes e, por fim, o desenvolvimento se dá durante todo o ciclo de vida. Portanto, somos resultado de aspectos individuais como hereditariedade, maturação e resiliência, mas também das experiências adquiridas através da interação com o ambiente externo, nosso meio social, em especial com a família¹. Assim, um desenvolvimento apropriado só é possível em um ambiente que propicie este processo. As mães, por serem em nossa cultura o principal cuidador e o elo de ligação entre a criança e o meio, contribuem na formação da personalidade do indivíduo e facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades. Para que o indivíduo possa se desenvolver adequadamente ele precisa de uma mãe suficientemente boa, que dê suporte e se identifique com o seu filho proporcionando o cuidado adequado². Nesse contexto as características maternas bem como a forma de vinculação entre mãe e filho podem ter influência direta na construção da identidade do sujeito bem como no seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

Sabe-se, por exemplo, que a forma de cuidado materno está associada ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta^{3,4}. No caso do transtorno de ansiedade social a contribuição parece estar associada ao estilo de criação dos filhos, modelagem das preocupações sociais e a restrição da exposição a situações sociais⁵. Em particular, tem sido demonstrado que falta de cuidado/afeto⁴⁻⁷ bem como excesso de proteção e controle⁵⁻⁸ maternos estão ligados a inibição comportamental e ao surgimento dos sintomas do transtorno.

Por sua vez, sabe-se que mães com transtornos psiquiátricos interferem no desenvolvimento de seus filhos, afetando seu desempenho em diversas habilidades incluindo cognição⁹ e linguagem¹⁰. Mães criadas em um ambiente controlador e com pouco afeto podem repetir seus modelos internalizados com seus filhos, pois modelos fóbicos aprendidos podem ser transmitidos intergeracionalmente. Assim como suas mães estas podem ser mais críticas, controladoras e intrusivas, impondo mais regras e não permitindo um nível de

autonomia apropriado para a idade dos filhos. Estas características podem transmitir à criança que o ambiente é muito difícil e perigoso, que ela não possui habilidades para lidar com o meio e nem para obter sucesso nos desafios do ambiente, restringindo o desenvolvimento de habilidades de domínio como a capacidade de resolução de problemas¹¹. Além disso, sabe-se que filhos de mães com transtorno de ansiedade social apresentam níveis mais elevados de ansiedade e comportamento de esquiva para a novidade¹², além de redução na capacidade de resposta social¹³. Estas características podem interferir na aquisição da linguagem, pois sabe-se que atraso na fala está associado à baixa competência social¹⁴. Uma possível defasagem na linguagem pode afetar o desenvolvimento cognitivo, pois as crianças resolvem suas tarefas práticas com a ajuda da fala. Fala e ação fazem parte de uma mesma complexa função psicológica que visa à resolução de problemas. Ela habilita a criança a providenciar instrumentos auxiliares na solução de tarefas difíceis, a superar a ação impulsiva, a planejar uma solução para um problema antes de sua execução e a controlar seu próprio comportamento. Portanto, torna-se parte profunda e constante dos processos psicológicos superiores atuando na organização, unificação e integração de aspectos variados do comportamento da criança, tais como: percepção, memória e solução de problemas¹⁵.

Assim, o objetivo deste estudo será o de verificar se há associação entre presença de transtorno de ansiedade social em jovens mulheres e a percepção acerca da forma como foram cuidadas por suas mães, além de investigar se a presença do transtorno entre essas jovens tem impacto no desempenho cognitivo e na linguagem de seus filhos.

2.2 Objetivos:

- ✓ Verificar se há associação entre a forma como as jovens percebem sua relação com suas mães e a presença de transtorno de ansiedade social
- ✓ Investigar a associação entre ansiedade social entre as jovens mães e o desempenho na linguagem da criança aos 30 meses
- ✓ Averiguar a associação entre ansiedade social entre as jovens mães e o desempenho cognitivo de seus filhos aos 30 meses

2.3 Hipóteses

- ✓ Jovens com transtorno de ansiedade social perceberão suas mães como mais negligentes e mais controladoras e menos cuidadoras que as mulheres sem o transtorno
- ✓ Filhos de mães com transtorno de ansiedade social apresentarão pior desempenho em termos de linguagem quando comparados aos filhos jovens sem o transtorno
- ✓ Filhos de mães com transtorno de ansiedade social apresentarão pior desempenho cognitivo comparados as crianças cujas mães não apresentam o transtorno

III. REVISÃO DE LITERATURA

O Transtorno de ansiedade social, ou fobia social, é caracterizado por um comportamento evitativo, onde o medo acentuado e persistente de uma ou mais situações de desempenho social trazem temor de ser humilhado ou constrangido e resultam em significativo prejuízo social e interpessoal¹⁶. Usualmente está associado a baixa auto estima e ao medo de críticas¹⁷. É um dos transtornos de ansiedade mais prevalentes, costuma ter seu início na adolescência^{17,18}, é mais comum entre as mulheres¹⁹⁻²² e jovens^{19,23}, sendo sua prevalência entre mulheres jovens entre 5.0% e 8.3%^{7,18,24,25}.

A etiologia do transtorno de ansiedade social parece ser multifatorial. Primeiro, este parece correr em família. Embora tenha influencia genética, essa predisposição parece não ser direta nem específica; ao contrário parece haver uma predisposição para ansiedade em geral⁵. Estudo de coorte realizado com crianças, dos 18 aos 48 meses, e suas mães adotivas e biológicas demonstrou interação significativa entre ansiedade social da mãe biológica e responsividade por parte da mãe adotiva na inibição comportamental da criança aos 27 meses. A capacidade de resposta das mães adotivas foi prospectivamente eficaz na redução dos níveis de inibição social nas crianças cujas mães biológicas apresentavam transtorno de ansiedade social ($b = -0.20$, $p < 0.01$)²⁶. O que demonstra que o fator ambiental pode se sobrepor à influencia genética.

A modelagem das atitudes da criança em direção a ameaça social por parte dos pais parece ser o norte da questão. Aqui estão incluídas superproteção/controle e rejeição/falta de afeto, além da restrição da exposição a situações sociais e excesso de preocupações relacionadas às interações⁵. Estudo realizado na Alemanha com adolescentes e adultos jovens demonstrou um aumento significativo no risco para o transtorno de ansiedade social entre

filhos de pais que apresentavam características de superproteção (OR 1.18 IC 95% 1.08-1.29) e rejeição (OR 1.33 IC 95% 1.15-1.54) e que cuidado emocional pode ser um fator protetor (OR 0.91 IC 95% 0.84-0.98) para o desenvolvimento do transtorno²⁷.

Outro estudo com população adolescente, no mesmo país, evidenciou os mesmos fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade social na adolescência: superproteção (OR 1.4 CI 95% 1.0-1.9) e rejeição (OR 1.4 CI 95% 1.1-1.9) por parte dos pais⁷. Por fim, questões temperamentais como inibição comportamental parecem aumentar o risco para perturbações de ansiedade⁵. Mas também nestes casos o fator ambiente parece ser preponderante. Mães com comportamento intrusivo e superprotetor em relação a crianças com alta inibição comportamental resultam em um maior isolamento social na infância. Entretanto, crianças que apresentam inibição comportamental, mas não foram expostas a excessiva proteção e controle por parte dos pais tendem a apresentar menos medo em situações sociais através da infância^{28,29}. Portanto, a literatura aponta para o ambiente, em especial para aspectos da família, com destaque para o papel materno⁸, na origem deste transtorno.

Os efeitos do transtorno de ansiedade social materno no desenvolvimento dos filhos ainda não são amplamente estudados. Sabe-se que ele interfere em termos de desempenho social e inibição comportamental, pois filhos de mães com fobia social são menos estimulados ao engajamento com estranhos, o que faz com que estes sejam menos propensos a se comunicar de forma positiva, sugerindo sinais de redução da capacidade de resposta social^{13,30}. Entretanto, quando se trata de desempenho cognitivo e de linguagem não há estudos relacionando fobia social materna a estes desfechos.

Sabe-se do efeito do sofrimento psíquico materno no desenvolvimento infantil. Estudo populacional realizado com crianças entre 3 e 5 anos mostrou que filhos de mães com altos níveis de sofrimento psíquico obtiveram 3.5 pontos a menos na escala que mede comunicação, linguagem e alfabetização quando comparadas a crianças cujas mães apresentam baixo índice de sofrimento psíquico ($p < 0.001$). Além disso, saúde mental materna manteve-se associado ao desenvolvimento matemático, pessoal, social e emocional⁹. Entretanto, quando se relaciona transtornos mentais mais especificamente grande parte da literatura investiga apenas o efeito da depressão materna nos períodos pré e pós parto no desenvolvimento dos pequenos. Embora não haja consenso, diversos estudos apontam para diferenças entre os desempenhos de filhos de mães deprimidas e não deprimidas evidenciando

um prejuízo nas performances cognitivas e de linguagem daqueles cujas mães apresentaram o transtorno³¹⁻³⁵. Estes dados demonstra a necessidade de se estimar o efeito de transtornos psiquiátricos comuns no desenvolvimento infantil a fim de criar estratégias de diagnóstico, prevenção e intervenção para o melhor interesse dos pequenos.

3.1 Estratégias de busca

Palavras	Artigos encontrados por base de dados	
	Pubmed	Lilacs
1 Social Anxiety Disorder (SAD)	17781	241
2 Social Phobia (SP)	11562	352
3 SAD OR SP	18277	182
4 Maternal SAD OR Maternal SP	524	4
5 Maternal bonding	2787	49
6 Parenting style	1125	32
7 Child development	214613	7203
8 Child language	31129	1710
9 Child cognition	27335	508
3 AND 5	32	0
3 AND 6	21	0
3 AND 7	919	6
3 AND 8	118	3
3 AND 9	236	0
4 AND 7	115	0
4 AND 8	12	0
4 AND 9	16	0

IV. MÉTODOS

4.1 Delineamento:

Estudo de coorte com recortes de um estudo maior intitulado “Impacto da Doença Mental Materna no Desenvolvimento e Comportamento Infantil: Estudo de Coorte”.

4.2 Amostra:

A amostra original foi composta por adolescentes grávidas que realizaram assistência médica pré-natal pelo sistema nacional de saúde pública na área urbana de Pelotas. Os critérios de inclusão foram ter até 19 anos e estar no segundo trimestre gestacional. O recrutamento foi realizado entre outubro de 2009 e março de 2011 em 47 unidades básicas de saúde e em 3 ambulatórios obstétricos públicos, resultando em uma amostra inicial de 871 gestantes. As

jovens foram acompanhadas na gestação e no puerpério e na fase atual serão captadas a partir da amostra inicial as primeiras 534 mães, conforme cálculo amostral, cujos filhos estiverem na faixa etária entre 24 e 36 meses.

4.2.1 Cálculo da amostra:

O cálculo da amostra para esta etapa considerou a prevalência de transtorno mentais na população de gestantes adolescentes de 20% e uma proporção do atraso de desenvolvimento infantil no grupo de não expostas de 14% com risco relativo igual a dois, com nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80% o que resultou em 486 díades. A isso serão acrescentadas 10%.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Questionário

As mães responderão a um questionário com questões sociodemográficas, obstétricas e informações sobre o cuidado com a criança. Serão incluídas idade materna, estado civil, escolaridade, ocupação e nível socioeconômico (de acordo com a Classificação Econômica para o Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de População, em que o maior nível de renda é "A" e o mais baixo de "E"), além do tipo de parto, peso ao nascer, prematuridade, cuidador principal e se frequenta a creche.

4.3.2 Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus)

Psicólogas treinadas aplicarão a versão validada do Mini Neuropsychiatric Interview Plus³⁶ (MINI Plus), uma entrevista estruturada breve (15 a 30 minutos) compatível com os critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10 (sensibilidade 83% e especificidade de 95%) para investigar a presença de Transtorno de Ansiedade Social. O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento.

4.3.3 Parental Bonding Instrument (PBI)

Para medir percepção acerca da qualidade do vínculo entre mãe e filha em termos de cuidado (afeto, calor, disponibilidade, sensibilidade e cuidado versus frieza e rejeição) e controle (controle e intrusão versus encorajamento da autonomia) utilizaremos a versão validada para o Português do Parental Bonding Instrument (PBI)³⁷. Este instrumento foi aplicado na primeira entrevista, durante o segundo trimestre da gestação. O PBI é composto por 25 itens com escores que vão de 0 (“muito diferente”) a 3 (“muito parecido”). A partir da pontuação

desta escala será gerada uma variável combinando estas duas dimensões do estilo de ligação de acordo com os quatro quadrantes do PBI resultando em quatro formas de a ligação: ideal (alta de cuidados e baixo controle), controle sem afeto (baixo cuidado e alto controle), restrição afetivo (alto cuidado e alto controle) e negligência (baixo cuidado e baixo controle).

4.3.4 Medical Outcomes Survey Social Support Scale (MOS-SSS)

Para avaliar suporte social utilizaremos a versão validada do Medical Outcomes Survey Social Support Scale³⁸ e criaremos uma variável dicotômica com ponto de corte a partir do valor da mediana da soma dos escores com a finalidade de se obter uma estimativa global do nível de suporte social.

4.3.5 Abuse Assessment Screen (AAS)

Violência física foi investigada, durante a primeira coleta de dados, através da Abuse Assessment Screen³⁹, instrumento que visa especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação, em uma versão validada para o Português. Será criada uma variável a partir das perguntas: “Neste último ano (12 meses) alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?” e “Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?”. Será considerada violência física quando a gestante tiver respondido “sim” a qualquer uma das duas perguntas.

4.3.6 Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3° ed)

Os desempenhos na cognição e linguagem das crianças serão avaliados através da Bayley Scales of Infant and Toddler Development⁴⁰. A escala usa itens administrados diretamente à criança. Os itens relacionados à cognição incluem desenvolvimento sensório-motor, exploração e manipulação, semelhança entre objetos, formação de conceitos, memória entre outras habilidades. A escala de linguagem é subdividida em duas: comunicação receptiva e expressiva. O subteste receptivo avalia a capacidade de compreensão verbal da criança, o desenvolvimento de vocabulário (reconhecer objetos e figuras referenciados), vocabulário relacionado ao desenvolvimento morfológico (pronomes e preposições), compreensão de marcadores morfológicos (plural, tempos verbais e adjetivos possessivos) e referencia social da criança. Os itens da comunicação expressiva avaliam a capacidade de utilização do vocabulário (nomear objetos, figuras), a criança deve conseguir nomear objetos e figuras,

além de utilizar corretamente expressões de duas palavras, plural, tempos verbais e possessivos. O desempenho da linguagem será determinado pela soma destas duas sub escalas. Para cada escala, a pontuação da criança será determinada pelo número de itens para os quais tenha recebido crédito. A Bayley Scale não foi validada para a população brasileira e não há valores de corte determinados para as sub escalas. Assim, para fins metodológicos relacionados ao poder estatístico, serão utilizados os escores compostos como resultado. Estes são relativos ao desempenho da criança com base na idade da mesma.

4.4 Definição das variáveis

4.4.1 Primeiro artigo

Variável dependente

- Transtorno de Ansiedade Social: dicotômica (sim/não) definida pelo MINI Plus
 - No segundo trimestre da gestação, em até 60 dias pós parto e entre 24 e 36 meses pós parto

Variáveis independentes

- Idade: categórica (até 20 anos e 21 anos ou mais)
 - Entre 24 e 36 meses após o parto
- Vive com o companheiro: dicotômica (sim/não)
 - Entre 24 e 36 meses após o parto
- Ocupação: dicotômica (sim/não)
 - Entre 24 e 36 meses após o parto
- Classificação socioeconômica: ordinal (A/B, C, D/E)
 - Entre 24 e 36 meses após o parto
- Escolaridade: ordinal (menos de 5 anos, entre 5 e 8 anos, entre 8 e 11 anos, entre 11 e 14 anos)
 - Entre 24 e 36 meses após o parto
- Violência física: dicotômica (sim/não) avaliada pelo Abuse Assessment Screen
 - Segundo trimestre gestacional
- Suporte social: dicotômica (alto/baixo) avaliado pelo Medical Outcomes Survey Social Support Scale
 - Segundo trimestre gestacional

- Percepção do vínculo com a mãe: categórica (quatro categorias combinando as duas dimensões) avaliado através do Parental Bonding Instrument
 - Segundo trimestre gestacional

4.4.2 Segundo artigo

Todos os dados utilizados neste artigo serão coletados na avaliação entre 24 e 36 meses após o parto.

Variáveis dependentes

- Performance cognitiva da criança: contínua (escore composto da subescala cognitiva) avaliada através da Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3° ed)
- Performance na linguagem da criança: contínua (escore composto da soma das subescalas de linguagem receptiva e expressiva) avaliada através da Bayley Scales of Infant and Toddler Development (3° ed)

Variáveis independentes relacionadas à mãe:

- Idade: categórica (até 20 anos e 21 anos ou mais)
- Vive com o companheiro: dicotômica (sim/não)
- Ocupação: dicotômica (sim/não)
- Classificação socioeconômica: ordinal (A/B, C, D/E)
- Escolaridade materna: ordinal (menos de 5 anos, entre 5 e 8 anos, entre 8 e 11 anos, entre 11 e 14 anos)
- Transtorno de Ansiedade Social: dicotômica (sim/não) avaliado pelo MINI Plus

Variáveis independentes relacionadas à criança:

- Tipo de parto: dicotômica (normal/cesariana)
- Peso ao nascer: dicotômica (baixo peso = até 2499g / normal = 2500g ou mais)
- Prematuridade: dicotômica (sim = até 36 semanas / não = 37 semanas ou mais)
- Sexo: dicotômica (feminino/masculino)
- Principal cuidador: dicotômica (mãe/outro)
- Frequenta a creche: dicotômica (sim/não)

4.5 Pessoal envolvido

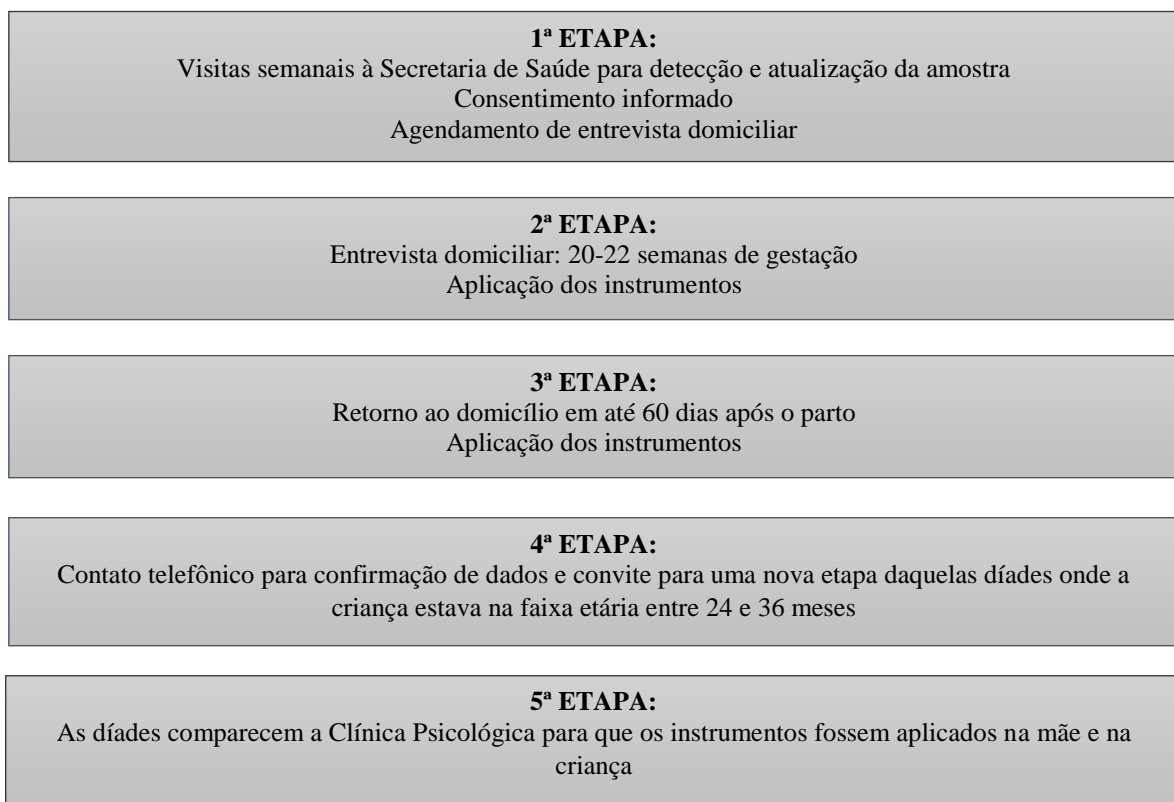
A equipe envolvida no trabalho de campo será composta por três doutorandas, duas mestrandas e dez bolsistas de Iniciação científica vinculados ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel. Estes acadêmicos foram treinados e participarão de uma reunião semanal com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo.

4.6 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado com as primeiras 20 díades avaliadas que não foram incluídas na amostra. O estudo piloto terá o objetivo de inserir aspectos práticos e vivenciais ao treinamento, bem como testar a logística do estudo e promover as modificações necessárias.

4.7 Logística

Coletas de dados já foram realizada em dois momentos distintos e alguns serão coletados na fase atual como pode ser observado no fluxograma abaixo:



4.8 Controle de qualidade

A fim de verificar a qualidade das entrevistas domiciliares ocorridas no estudo, será selecionado aleatoriamente 30% das participantes para a realização contatos telefônicos, além de 10% para nova entrevista domiciliar.

4.9 Processamento e análise dos dados

Após a codificação dos instrumentos será realizada dupla entrada dos dados no programa Epi-Info 6.04d. Para realização de checagem automática dos dados no momento da digitação foi utilizado o comando *check*, além de serem testadas no mesmo *software* as inconsistências na digitação comparando as duas entradas de dados. Após a edição final dos bancos de dados, estes serão convertidos para os programas SPSS 13.0 e para o Stata 13.

A análise univariada será realizada a fim de se obter as frequências simples de todas as variáveis. Para as variáveis contínuas serão obtidas as medidas de tendência central e dispersão.

A análise bivariada será usada para testar a diferença entre proporções, com o teste do qui-quadrado. Para testar as diferenças entre médias será empregado o teste t de Student, para duas médias, e o teste F (ANOVA), para mais de duas médias. Para observar o comportamento de duas variáveis quantitativas, será empregado o coeficiente de correlação de Pearson. Para todos os testes, será considerado o nível de significância de 5% ($p < 0.005$).

Para estimar os efeitos independentes das variáveis estudadas sobre os desfechos, serão utilizadas técnicas de análise multivariada, como a regressão linear (desfecho quantitativo contínuo ou discreto) e regressão logística ou Poisson (desfecho dicotômico). Para a entrada das variáveis nas modelos hierárquicos de análise multivariada, apenas as que apresentarem associação com o desfecho com $p < 0.2$ permanecerão na análise.

4.10 Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica através da produção de artigos sobre o tema, às autoridades de saúde da cidade através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.11 Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa foram e serão respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. As mulheres receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Consentimento Livre e Esclarecido”. Aquelas com menos de 18 anos tiveram permissão dos pais, que também assinaram consentimento, para participar do estudo. Foi assegurado o direito de confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As mulheres que apresentarem, em qualquer fase do estudo, algum transtorno psiquiátrico serão encaminhadas para atendimento especializado no Ambulatório de Psiquiatria da UCPel. Assim como as crianças que apresentarem baixo desempenho comparadas a média geral serão encaminhadas para os serviços adequados.

4.12 Cronograma

	2013					2014												
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Captação e entrevistas	X	X	X	X	X	X	X											
Processamento e análise de dados								X	X	X	X							
Confeção dos artigos													X	X	X	X	X	X

*A defesa da tese está prevista para fevereiro de 2015.

V. REFERENCIAS

1. Papalia DE, Olds SW e Feldman RD. Desenvolvimento humano. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
2. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
3. Enns M, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from the US National Comorbidity Survey. *Psych Med* 2002; 32(06):997-1008.
4. Young R, Lennie S, Minnis H. Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011; 52(8): 889-97.
5. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behav Modif.* 2000; 24(1):102-29.
6. Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, Bruffaerts R, et al. Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43(4):266-72.
7. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(9):859-66.
8. Parker G. Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *Br J Psychiatry* 1979; 135:555-60.
9. Mensah FK, Kiernan KE. Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol.* Nov 2010;45(11):1023-35.
10. Pan BA, Rowe LM, Singer JD, Snow CE. Maternal correlates of growth in toddler vocabulary production in low-income families. *Child Dev Jul-Aug 2005; 76(4):763-82.*
11. Ginsburg GS, Grover RL, Cord JJ, Ialongo N. Observational Measures of Parenting in Anxious and Nonanxious Mothers: Does Type of Task Matter? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006; 35(2):323-8
12. Aktar E, Majdandžić M, de Vente W, Bögels SM. The interplay between expressed parental anxiety and infant behavioural inhibition predicts infant avoidance in a social referencing paradigm. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54(2):144-56.
13. Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Sack C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(1):45-52.
14. Horwitz S, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson Heenan JM, Mendoza J, Carter AS. Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(8):932-40.
15. Vygotski L. S. (1989). A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7ª ed. São Paulo. Martins Fontes, 2007.
16. American Psychiatric Association. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 1994.
17. Organização Mundial da Saúde. CID 10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. 2000.

18. Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry* Jan 2002; 51(1):81-91.
19. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). *Eur Psychiatry* Sep 2011; 26(6):339-45.
20. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. Aug 2011; 45(8):1027-35.
21. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. Feb 2002; 105(2):84-93
22. Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, Bruffaerts R, et al. Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(4):266-72
23. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* Feb 1996; 53(2):159-68.
24. Czajkowski N, Kendler KS, Tambs K, Røysamb E, Reichborn-Kjennerud T. The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Psychol Med* 2011; 41(9):1987-95.
25. Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*. Mar 2010; 68(3):235-43
26. Natsuaki MN, Leve LD, Neiderhiser JM, Shaw DS, Scaramella LV, Ge X, et al. Intergenerational transmission of risk for social inhibition: The interplay between parental responsiveness and genetic influences. *Dev Psychopathol*. 2013; 25(1):261-74.
27. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Lieb R, Wittchen HU. Associations of familial risk factors with social fears and social phobia: evidence for the continuum hypothesis in social anxiety disorder?. *J Neural Transm* 2009; 116(6):639-48.
28. Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Dev*. 2002; 73(2):483-95.
29. Degnan KA, Henderson HA, Fox N A, Rubin KH. Predicting social wariness in middle childhood: The Moderating Roles of Child Care History, Maternal Personality and Maternal Behavior. *Soc Dev* 2008; 17(3):471-87.
30. Murray L. Intergenerational Transmission of Social Anxiety: The Role of Social Referencing Processes in Infancy. *Child Dev* Jul-Aug 2008; 79(4):1049-64
31. Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry* 2011; 26(8):484-89.
32. Quevedo LA, Silva RA, Godoy R., Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, Pinheiro RT. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev* 2012; 38(3):420-24.

33. Ali NS, Mahmud S, Khan A, Ali BS. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1):274.
34. McManus BM, Poehlmann J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behav Dev* 2012; 35(3):489-98.
35. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(8):1335-45.
36. Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-15.
37. Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS* 2006; 28(2):162-8.
38. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):703-14
39. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica* 2000; 34(6):610-16
40. Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Manual. 3rd ed. San Antônio, TX, USA: PsychCorp; 2006.

V ANEXOS

ANEXO A – Questionário auto aplicado na primeira etapa - T1 (Gestação)



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS GESTANTES ADOLESCENTES



Oi, bom dia/tarde/noite! Meu nome é <entrevistadora>. Eu trabalho para Universidade Católica de Pelotas. Estamos entrevistando mulheres em gestação, em um trabalho sobre os aspectos psicológicos deste período. Para isso, precisamos de sua colaboração e compreensão. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? **(agradecer se sim ou não)**
Se SIM, Explicar pesquisa e PREENCHER CONSENTIMENTO INFORMADO. Caso a gestante não possa compreender o consentimento agradecer pela atenção.

Quest _____	Prontuário _____	Data de aplicação: _____
/ ____ / _____		
Local da entrevista: _____		Local ____ Idade gestacional ____
semanas		
Nome: _____		
Telefone: _____ - _____		
Endereço: _____		Bairro: _____

Existe algum ponto de referência por perto? Qual?		

Telefone de um parente: _____ - _____		
Quem é este parente? ____ (Tio/a = 01 Sogro/a = 02 Cunhado/a = 03 Primo/a = 04 Amigo/a = 05 Enteadado/a = 06 Filho/a = 07 Irmão/ã = 08 Pai/Mãe = 09 Padrasto/madrasta = 10 Sobrinho/a = 11 Noivo ou namorado=12)		
Pretende se mudar? (0) Não (1) Sim		Provável novo endereço:

Bairro: _____	Cidade: _____	

ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE LHE CONHECER MELHOR.

1. Qual a sua idade? ____ anos

2. Qual o seu estado civil?

- (0) Solteira (1) Casada/vive companheiro
(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

3. Qual a sua escolaridade?

- (0) analfabeto / primário incompleto
(1) primário completo / ginásial incompleto
(2) ginásial completo / colegial incompleto
(3) colegial completo / superior incompleto
(4) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série

Ginásial = 6ª a 8ª série

Colegial = 2º grau

Superior = graduação

idade ____

estcivil ____

escol ____

4. Na tua casa tem:	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

5. Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) analfabeto / primário incompleto
 (1) primário completo / ginásial incompleto
 (2) ginásial completo / colegial incompleto
 (3) colegial completo / superior incompleto
 (5) superior completo

Primário = 1ª a 5ª série

Ginásial = 6ª a 8ª série

Colegial = 2º grau

Superior = graduação

6. A tua cor ou raça é?

- (1) branca
 (2) preta
 (3) mulata
 (4) amarela
 (5) indígena

7. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

8. Com relação a sua ocupação você:

SE SIM:

- (0) trabalha formalmente / carteira assinada
 (1) trabalha informalmente / bicos
 (2) é dona-de-casa

SE NÃO:

- (3) está desempregada
 (4) é aposentada ou encostada
 (6) é estudante
 (2) é dona-de-casa

9. Em média, qual a renda somada das pessoas que moram na sua casa por mês? R\$ ___ ___ ___

10. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ___ ___ pessoas

tv ___

radio ___

banh ___

aut ___

mens ___

aspir ___

maqlav ___

vidvd ___

gelad ___

freez ___

esche ___

cpele ___

trab ___

ocup ___

rend ___

numpes ___

11. Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE até hoje, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente	
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim1 _
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim2 _
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim3 _
4. Parecia emocionalmente frio (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim4 _
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim5 _
6. Era carinhoso (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim6 _
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim7 _
8. Não queria que eu crescesse	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim8 _
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim9 _
10. Invadia a minha privacidade	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim10 _
11. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim11 _
12. Frequentemente sorria para mim	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim12 _
13. Tendia a me tratar como um bebê	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim13 _
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim14 _
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim15 _
16. Fazia com que eu sentisse que eu não era querido	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim16 _
17. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim17 _
18. Não conversava muito	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim18 _

comigo					Pbim19 _
19.Tentava me fazer dependente dele (a)	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim20 _
20.Ele (a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele (a) estivesse por perto	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim21 _
21.Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim22 _
22.Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	(0)	(1)	(2)	(3)	Pbim23 _ Pbim24 _ Pbim25 _
23.Era superprotetor (a) comigo	(0)	(1)	(2)	(3)	
24.Não me elogiava	(0)	(1)	(2)	(3)	
25.Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	(0)	(1)	(2)	(3)	

12. Agora, eu gostaria de conversar um pouquinho sobre a violência que, às vezes, somos vítimas e também sobre como as pessoas que moram em sua casa resolvem os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, às vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para a nossa pesquisa faça um esforço para lembrar com a gente como sua família se entendeu, quer dizer, como as pessoas se deram umas com as outras durante sua gravidez.

1. Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você?

(1) SIM (2) NÃO

Maltra__

2. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

(1) SIM (2) NÃO

Esbof __

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

1. Marido
2. Ex-marido
3. Namorado
4. Estranho
5. Outro (especificar) _____
6. Mais de um (especificar) _____

Qesbof1 _

Qesbof2 _

Qesbof3 _

Qesbof4 _

- Número de vezes que isso aconteceu _____

Vezezb__

3. Desde que você engravidou, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

(1) SIM (2) NÃO

Graves__

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

Qgraves1_

- 1. Marido
- 2. Ex-marido
- 3. Namorado
- 4. Estranho
- 5. Outro (especificar) _____
- 6. Mais de um (especificar) _____

- Número de vezes que isso aconteceu _____

Poderias me dizer quais das coisas que vou falar agora aconteceram?

- (1) Ameaça de maus-tratos ou agressão Inclusive com arma (1)Sim (2) Não
- (2) Tapa (1)Sim (2) Não
- (2) Empurrão sem machucado, sem ferimento ou sem dor duradoura (1)Sim (2) Não
- (3) Soco (1)Sim (2) Não
- (3) Chute (1)Sim (2) Não
- (3) Machucado ou “mancha roxa” (1)Sim (2) Não
- (3) Corte ou dor contínua (1)Sim (2) Não
- (4) Espancamento (1)Sim (2) Não
- (4) Contusões graves (1)Sim (2) Não
- (4) Queimaduras (1)Sim (2) Não
- (4) Ossos quebrados (1)Sim (2) Não
- (5) Danos ou problemas na cabeça (1)Sim (2) Não
- (5) Danos ou problemas em órgãos internos (1)Sim (2) Não
- (5) Danos permanentes (1)Sim (2) Não
- (6) Uso de arma (1)Sim (2) Não
- (6) Ferimento por arma (1)Sim (2) Não

4. Durante a gravidez, alguém te forçou a realizar atividades sexuais?

- (1) SIM (2) NÃO

Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções)

- 1. Marido
- 2. Ex-marido
- 3. Namorado
- 4. Estranho
- 5. Outro (especificar) _____
- 6. Mais de um (especificar) _____

- Número de vezes que isso aconteceu _____

5. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima?

- (1) SIM (2) NÃO

13. As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as vontade e pode falar de todo o que quiser). _____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que freqüência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila

		Nunca	Rara-	Às vezes	Quase	Sempre
--	--	-------	-------	----------	-------	--------

Qgraves2_

Qgraves3_

Qgraves4_

Qgraves5_

Qgraves6_

Vezegra_

arma_

tapa_

empur_

soco_

chute_

roxa_

corte_

espanc_

contus_

queim_

osso_

cabeç_

orgint_

perm_

usoar_

feriar_

Forsex_

Qforsex1_

Qforsex2_

Qforsex3_

Nforsex_

Medo_

Sups1_

			mente		sempre		
2	Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	1	2	3	4	5	Sups2__ Sups3__
3	Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5	Sups4__ Sups5__
4	Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5	Sups6__
5	Alguém que o leve ao médico quando o necessite	1	2	3	4	5	Sups7__ Sups8__
6	Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afetos	1	2	3	4	5	Sups9__
7	Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5	Sups10__ Sups11__
8	Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5	Sups12__
9	Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	1	2	3	4	5	Sups13__
10	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5	Sups14__ Sups15__
11	Alguém com quem poder relaxar	1	2	3	4	5	Sups16__
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5	Sups17__
13	Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5	Sups18__ Sups19__ Sups20__
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5	
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5	
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5	
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5	
18	Alguém para se divertir	1	2	3	4	5	
19	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5	
20	Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido	1	2	3	4	5	



**ANEXO B – Questionário auto aplicado Mães (Etapa
Desenvolvimento Infantil)**



DESENVOLVIMENTO INFANTIL MÃE

Quest _____ mãe

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Telefone: _____ - _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____

Telefone de um parente: _____ - _____

Quem é este parente? __ __ (Tio/a = 01 Sogro/a = 02 Cunhado/a = 03 Primo/a = 04 Amigo/a = 05 Enteado/a = 06 Filho/a = 07 Irmão/ã = 08 Pai/Mãe = 09 Padrasto/madrasta = 10 Sobrinho/a = 11 Noivo ou namorado=12)

Pretende se mudar? (0) Não (1) Sim Provável novo endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

**ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO
DE LHE CONHECER MELHOR**

1. Qual a sua idade? __ __ anos

idade __ __

2. Qual o seu estado civil?

(0) Solteira (1) Casada/vive companheiro

(2) Separada ou divorciada (3) Viúva

estcivil __

3. Qual a sua escolaridade?

(0) Analfabeto / Primário incompleto

(1) Primário completo / Ginásial incompleto

(2) Ginásial completo / Colegial incompleto

(4) Colegial completo / Superior incompleto

(8) Superior completo

escol __

4. Na tua casa tem: _____

Quantidade de itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

tv __

radio __

banh __

aut __

mens __

maqlav __

vidvd __

gelad __

freez __

5. Qual a**escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)**

esche __

- (0) Analfabeto / Primário incompleto
 (1) Primário completo / Ginásial incompleto
 (2) Ginásial completo / Colegial incompleto
 (4) Colegial completo / Superior incompleto
 (8) Superior completo

6. Você trabalha? (0) Não (1) Sim

trab __

7. Com relação a sua ocupação você:**SE SIM:**

- (0) trabalha formalmente / carteira assinada
 (1) trabalha informalmente / bicos
 (2) é dona-de-casa

SE NÃO:

- (3) está desempregada
 (4) é aposentada ou encostada
 (6) é estudante
 (2) é dona-de-casa

ocup __

rend __ __

8. Em média, qual a renda somada das pessoas que moram na sua casa por mês? R\$ _____

numpes __ __

9. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

ANEXO C - Questionário com dados sobre a criança respondido pelas mães (Fase Desenvolvimento Infantil)



**DESENVOLVIMENTO INFANTIL
BEBÊ**



ESTAS PERGUNTAS SÃO SOBRE ALGUNS DADOS PESSOAIS COM O OBJETIVO DE SABER MAIS SOBRE SEU FILHO(A).

- | | |
|--|------------------|
| 1. Questionário n ^o : _____ criança | Quest _ _ _ _ |
| 2. Nome: _____ | Nome ____ |
| 3. Nome da mãe: _____ | Nomem ____ |
| 4. Nome do pai biológico: _____ | Nomep ____ |
| 5. Data de nascimento: ____/____/____ | Dn _/_/_ |
| 6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino | Sexo__ |
|
ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança! | |
| 7. Peso ao nascer: _____ KG | Peson __, _ _ _ |
| 8. Comprimento ao nascer: _____ CM | Compn __ __ |
| 9. Peso atual: _____ KG | Pesoat __, _ _ _ |
| 10. Comprimento atual: _____ CM | Compat __ __ |
| 11. APGAR: ____/____/____ | Apgar _/_/_ |
| 12. Perímetro cefálico: _____ CM | Percef __ __ |
| 13. Quantas semanas de gravidez tu alcançou? _____ | Semanas ____ |
|
14. O bebê nasceu no tempo? | |
| (1) Sim (2) Não | Atermo __ |

15. Seu parto foi:

(0) normal (1) cesariana

Tipopart __

16. Quem cuidou da criança a maior parte do tempo, ao longo destes primeiros anos de vida?

(1) Mãe (2) Pai (3) Avó (4) Irmãos

Qcui __

(5) Outra pessoa: _____

Outra __ __

17. Seu filho(a) fica em alguma creche atualmente?

(1) Sim (2) Não

Creche __

ANEXO D – Mini Plus (módulo independente para Fobia Social)

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL
(p. 437)

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?

NÃO SIM

SE SIM Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)
SE NÃO Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)

CRONOLOGIA

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/> Idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	6

5.5 ANEXO E – Consentimentos Livre e Esclarecido

QUEST _____



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – BEBÊ

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão convidando seu/sua filho(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar que o seu/sua filho(a) faça parte deste estudo, você terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados os dentes e a gengiva de seu/sua filho(a), assim como, será necessária a coleta de saliva dele(a) para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados de seu/sua filho(a) fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a identidade de seu/sua filho(a) permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de privacidade dele(a).

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma ao seu/sua filho(a), mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, se seu/sua filho(a) apresentar necessidade de tratamento odontológico será encaminhado à Faculdade de Odontologia, se assim desejar. Você é livre para recusar a participação de seu/sua filho(a) no estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável pela criança:

Declaração de Responsabilidade do Entrevistador

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu consentimento para participação de seu/sua filho(a).

Entrevistador: _____



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - BEBÊ

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão convidando seu/sua filho(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar que o seu/sua filho(a) faça parte deste estudo, você terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados os dentes e a gengiva de seu/sua filho(a), assim como, será necessária a coleta de saliva dele(a) para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados de seu/sua filho(a) fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a identidade de seu/sua filho(a) permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de privacidade dele(a).

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma ao seu/sua filho(a), mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, se seu/sua filho(a) apresentar necessidade de tratamento odontológico será encaminhado à Faculdade de Odontologia, se assim desejar. Você é livre para recusar a participação de seu/sua filho(a) no estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Ciente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, autorizo a participação de _____ na presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura do responsável pela criança:

Declaração de Responsabilidade do Entrevistador

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu consentimento para participação de seu/sua filho(a).

Entrevistador: _____



**CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E
EXTENSÃO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃE**

**PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES
GRÁVIDAS**

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Entrevistador: _____



CLÍNICA PSICOLÓGICA – AMBULATÓRIO INTEGRADO DE PESQUISA E EXTENSÃO

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃE

PESQUISA SOBRE IMPACTO DA DOENÇA MENTAL EM ADOLESCENTES GRÁVIDAS

E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DE SEUS FILHOS

O Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFPel e o Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel estão lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a influência da saúde mental dos pais adolescentes (através de fatores psicossociais, neuroquímicos e genéticos) no desenvolvimento psicomotor e na saúde bucal de seus filhos.

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores. Além disso, faremos um exame clínico detalhado onde serão avaliados seus dentes e sua gengiva, assim como, será necessária a coleta de saliva para análise posterior em laboratório. Os exames serão realizados com toda higiene e segurança através de materiais esterilizados ou descartáveis, conforme as normas da Organização Mundial da Saúde.

Os dados fornecidos por você durante a aplicação dos questionários serão utilizados posteriormente para análise, produção científica e relatório (para a coordenação dos serviços de saúde), enquanto que os resultados dos exames odontológicos serão fornecidos à você de forma escrita. A equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

É importante assinalar que esta pesquisa não apresenta nenhum risco, não causa dor alguma, mas permitirá a identificação dos aspectos psicológicos e odontológicos envolvidos com o trabalho.

Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado. Enquanto que os com necessidade de tratamento odontológico serão encaminhados à Faculdade de Odontologia, se assim desejarem. Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os pesquisadores e coordenadores do projeto, através dos números (053) 32226690 (Odontologia) e (053) 21288404 (Saúde e Comportamento).

Declaração do Participante

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Assinatura participante: _____

Declaração de Responsabilidade dos Investigadores

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição do(a) entrevistado(a) para esclarecer as suas dúvidas. O(A) entrevistado(a) compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Entrevistador: _____

ARTIGO 1

Association between perception of maternal care styles and social anxiety disorder among young women

Running title: Maternal bonding and social phobia

Abstract

Objective: To evaluate the association between social anxiety disorder (SAD) and perceived maternal bonding styles among young women, in the pregnancy and 30 months after childbirth.

Methods: Cohort study of young women, from the city of Pelotas, Brazil, followed from pregnancy to 30 months postpartum. The Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) was used to assess Social Anxiety Disorder (SAD) and the Parental Bonding Instrument (PBI) was applied to measure maternal bonding styles. Poisson regression with robust variance was used for multivariable analysis.

Results: After adjusting for potential confounding, SAD prevalence was 6.39 times higher among the young women who perceived their mothers as neglectful (PR 6.39 95% CI 1.2-32.0), and 5.57 times higher in women who perceived their mother as affectionless controlling (PR 5.57 CI 95% 1.5-19.7) when compared to those who received optimal care.

Conclusion: Contributions provided by the primary caregiver (mother) to the development of SAD, may be associated with the child-rearing style. Therefore, support and early prevention strategies should be offered to the family.

Keywords: Phobic Disorder; Maternal Behavior; Mother-child relations;

Introduction

Social anxiety disorder (SAD) usually begins in adolescence ¹ and is more frequent among women ²⁻⁵ and youth ^{3,6}, with prevalence rates ranging between 5.0% and 8.3% among young women ^{1,5-6}. Studies in general population have suggested that the perception of parental bonding styles ^{4,7}, specially maternal bonding⁷, is associated with SAD. Perceiving their parents as less caring ^{4,7}, overprotective ^{4,5,7} and neglectful ^{5,8} is associated to this disorder. However, evidence is scarce in samples with pregnant and childbearing young women. Thus, the objective of this study was to evaluate the possible association between social anxiety disorder (SAD) and perceived maternal bonding styles among young women, during their second trimester of pregnancy (T1) and 30 months after childbirth (T2).

Methods

This study is part of a larger cohort study of maternal mental health and child development. The original sample consisted of pregnant adolescents, aged 19 or younger, who received prenatal medical assistance through the National Public Health System in the city of Pelotas in southern Brazil. Individuals were recruited from October 2009 to March 2011 in 47 primary healthcare units and in 3 public obstetric ambulatory care units. Pregnant women (T1) had a mean gestational age of 23 weeks and they were followed at 30 months after birth (T2).

Our main outcome SAD was evaluated using a Brazilian validated version of the Mini Neuropsychiatric Interview Plus ⁹ (MINI Plus), a short structured diagnostic interview compatible with DSM-IV criteria. The adolescents responded to the MINI Plus at T1 and T2. Those individuals with a positive diagnosis of SAD at any time point were considered as cases. The Brazilian version of the Parental Bonding Instrument¹⁰ (PBI) was used to measure perceived maternal rearing styles in terms of ‘care’ and ‘control’. Based on the cutoff points of the validation study we created dichotomous variables expressing high and low levels of ‘care’ and ‘control.’ We generated a variable by combining these two dimensions, which resulted in four bonding styles ¹¹: optimal bonding (high care and low control), affectionless control (low care and high control), affectionate constraint (high care and low control), and neglectful parenting (low care and low control).

In addition, we collected data on possible confounders, such as socio-demographic characteristics (age, marital status, education, occupation and family income), social support,

measured by the Medical Outcomes Survey Social Support Scale ¹², and abuse (physical violence), both prior to and during pregnancy, assessed by the Abuse Assessment Screen ¹³. Finally, we included depression as a confounder, this mental disorder was measured also using the MINI Plus ⁹.

Stata version 13 was used for the analysis. Chi square test was used for univariate analysis. We used Poisson regression model with robust variance, to evaluate three hierarchical levels of analysis to estimate the crude and adjusted effects of the variables and SAD. The first level included sociodemographic variables, the second, social support and physical violence, and the third, the effect of maternal care model, adjusted in addition for diagnosis of depression. Only variables which an apparent association with the outcome ($p < 0.2$) were included in the final model. We calculated prevalence ratio (PR) and confidence intervals of 95% (95% CI).

This study was approved by the Research Ethics Committee of the *Universidade Católica de Pelotas*, RS-Brazil. All participants provided their free and informed consent.

Results

Of the initial 537 young women with a 30-month post-partum follow-up, 509 (95.3%) completed the measurement instruments. Mean age for the young mothers was 20.1 years (SD ± 1.6), 69.3% were from social class C, 75.9% had between 5 and 11 years of education, 63.6% were unemployed, and 53.5% were living with a partner.

The prevalence of SAD diagnosis in at least one of the assessments (T1 and T2) was 13.6%. The prevalence of SAD during pregnancy and 30 months after childbirth was 5.7%, and 9.2%, respectively. In univariate analysis, SAD prevalence was higher in women which were not living with a partner ($p=0.020$), suffered any physical violence during or before pregnancy ($p=0.001$), presented current depression ($p<0.001$) and reported a maternal bonding as neglectful, or affectionless controlling ($p=0.001$) (Table 1).

After adjusting for potential confounding, SAD prevalence was 6.39 times higher among the young women who perceived their mothers as neglectful (PR 6.39 95% CI 1.2-32.0), and 5.57 times higher in women who perceived their mother as affectionless controlling (PR 5.57 CI 95% 1.5-19.7) when compared to those who received optimal care.

Discussion

Prevalence of SAD was 13.6%, which is higher than that found in studies with women of the same age group^{1,5-6} however, we should notice that this prevalence was based on having a diagnosis of SAD in at least one of the two evaluated time points (T1 and T2). It has been suggested that anxiety symptoms and consequently SAD diagnoses could be underestimated during pregnancy, reason why we consider that using the diagnosis at the 2 time points would be appropriate, since even when specificity would decrease, we would increase our sensitivity. The objective of this study was not to evaluate the prevalence of SAD in any of this time points, but to evaluate its association with the PBI, reason why we consider this an appropriate approach.

In our study, after adjustment for possible confounders, we found an association between SAD in young women and their perception regarding the care quality provided by their mothers. The young women who perceived their mothers as more negligent or affectionless controlling were more likely to have SAD. These findings are in agreement with studies that found an association between SAD and lack of care/affection^{4,7}, maternal over protection and control^{4,5,7,8}, as well as neglect^{5,10}.

It can be suggested that maternal neglect can negatively affect the children's self-perception, however, since we have not measured maternal negligence directly, but the perception of maternal neglect, it can also be hypothesized that perceiving themselves as inadequate is what makes them perceive their mothers as inadequate.

Overprotection may also convey that the world is a place with a plentiful of dangerous situations and individuals, so the children need to be excessively protected; moreover, they may feel unable to cope alone with the adversities, which can generate anxiety. In contrast, children of over protected mothers often present more timid and suspicious behavior. Mothers who perceive their children as too shy and withdrawn tend to create strategies that restrict their autonomy, inhibit their search for new things, depriving their children of challenging experiences necessary to develop their self-regulatory abilities¹⁴. Regardless of causality, it is necessary to provide early prevention and intervention strategies within the family, considering the contribution of the primary caregiver, mother, for the development of disorders, such as SAD, is associated with child-rearing style.

Acknowledgements

The author (s) wishes (wish) to thank *Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)*, *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)*, and *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)* for their support. Special thanks to the young mothers who agreed to participate in this study.

Disclosures

The authors report no conflicts of interest.

References

- [1] Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry* 2002; 51(1):81-91.
- [2] Kinrys G, Wygant LE. Anxiety disorder in women: does gender matter to treatment? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005; 27:43-50.
- [3] Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the “Mental Health in General Population” Survey (MHGP). *Eur Psychiatry* 2011; 26(6):339-45.
- [4] Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, Bruffaerts R, et al. Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43(4):266-72.
- [5] Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(9):859-66.
- [6] Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res.* 2010; 68(3):235-43
- [7] Parker G. Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *Br J Psychiatry* 1979; 135:555-60.
- [8] Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behav Modif.* 2000; 24(1):102-29.
- [9] Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106–15.
- [10] Hauck S, Schestatsky S, Terra L, Knijnik L, Sanchez P, Ceitlin LHF. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). *Rev Psiquiatr RS* 2006; 28(2):162–8.
- [11] Parker G. The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Soc Psychiatry* 1984; 19(2):75–81
- [12] Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study’s social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):703–14
- [13] Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica* 2000; 34(6):610–16
- [14] Rubin KH, Nelson LJ, Hastings P, Asendorpf J. The transaction between parents’ perceptions of their children’s shyness and their parenting styles. *Int J Behav Dev.* 1999; 23(4):937-57

Table 1. Sample characteristics and the raw and adjusted analysis of young women with lifetime social anxiety disorder (SAD).

	N	Lifetime SAD (%)	Crude RP (CI 95%)	p-value	Adjusted RP (CI 95%)	p-value
Maternal age (years)				0.485		
Up to 20	278	12.6	0.86 (0.5-1.3)			
Above 21	231	14.7	1.00			
Socioeconomic status				0.154		0.334
A/B	84	8.8	1.00		1.00	
C	356	14.2	1.62 (0.7-3.4)		1.60 (0.5-4.4)	
D/E	69	16.7	1.90 (0.7-4.6)		2.42 (0.7-7.9)	
Education				0.064		0.170
Less than 5 years	38	27.0	2.94 (1.2-6.8)		3.75 (1.1-12.)	
Between 5 and 8 years	202	12.7	1.38 (0.6-2.9)		1.27 (0.4-3.4)	
Between 8 and 11 years	184	13.9	1.51 (0.7-3.2)		1.26 (0.4-3.3)	
Between 11 and 14 years	85	9.2	1.00		1.00	
Lives with partner				0.020		0.057
No	236	17.4	1.69 (1.0-2.6)		1.81 (0.9-3.3)	
Yes	273	10.3	1.00		1.00	
Occupation				0.226		
No	321	12.1	0.76 (0.4-1.1)			
Yes	188	16.0	1.00			
Overall social support				0.184		0.107
Low	287	10.7	0.72 (0.4-1.1)		0.67 (0.8-3.1)	
High	222	14.9	1.00		1.00	
Physical abuse during or before pregnancy				0.001		0.021
No	457	11.7	1.00		1.00	
Yes	52	28.8	2.47 (1.5-4.0)		2.61 (1.1-5.1)	
Current depression				<0.001		<0.001
No	420	8.0	1.00		1.00	
Yes	89	24.6	2.87 (1.8-4.5)		4.95 (2.4-10.1)	
Maternal bonding				0.001		0.026
Neglectful parenting	28	20.0	3.37 (1.1-9.7)		6.39 (1.2-32.0)	
Affectionless control	154	20.4	3.45 (1.5-7.6)		5.57 (1.5-19.7)	
Affectionate constraint	194	12.1	2.05 (0.9-4.6)		2.82 (0.7-10.3)	
Optimal parenting	133	5.9	1.00		1.00	

ARTIGO 2

Cognitive and language performance in children is associated with maternal social anxiety disorder: a study with young mothers in southern Brazil

Abstract

Background: Maternal mental health is significantly associated with poorer performance in child development skills. However, social anxiety disorder (SAD) has not been shown to be associated with cognitive and language performance.

Aim: To investigate possible association between maternal SAD and cognitive and language performance in 30-month old children.

Study design: This was a cohort study involving young women since pregnancy.

Subjects: 520 mother-child dyads who received prenatal medical assistance through the National Public Health System in a southern Brazilian city, from October 2009 to March 2011.

Outcome measures: Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) was used to assess SAD among young mothers. Cognitive and language performance of the children was analyzed using the Bayley Scales of Infant and Toddler Development – 3rd Edition.

Results: There was a significant association between maternal SAD and performance in the cognitive and language subscales. Children of young mothers with SAD had in average 4.5 less points in the Bayley scale compared to those with mothers without SAD: in the cognitive (95% CI -7.8, -1.1; $p=0.008$) and language subscales (95% CI -9.0, -0.5; $p=0.047$).

Conclusions: Our findings suggest that children with mothers, which suffer from SAD, have poorer cognitive abilities and language skills.

Keywords: Child development, Language performance, Cognitive performance, Social Anxiety Disorder.

Abbreviations: SAD social anxiety disorder.

1. Introduction

Cognitive development would allow the individual to appropriately respond and solve everyday problems, which arise from biological and socio-cultural adaptation demands. Among the cognitive skills, language appears as a crucial element, as it allows representation of objects, people and events and reflection on observations and experiments. The acquisition and integration of cognitive and language skills depends on individual factors, but also on environmental and social interactions, especially during the first years of life. [1-4].

Delays in language and cognition in children aged between 2 and 4 years, range from 2.3% to 17.5% [5-7] and 0.3% and 11% [8,9], respectively. The factors that can interfere with the children's cognitive and language performance are for example: gender [10-14], prematurity [8, 15], daycare attendance [14] and spending quality time with their mothers, it has been shown that children who spend a greater amount of time with their mothers have a better language performance than those who do not [16]. On the other hand, some maternal variables have shown an association with cognitive and language performance of their siblings: socio economic status [13, 17 -19], age [11, 16, 20], education [10, 11, 13, 21, 22], occupation [11, 23] and mental health [4, 24].

Social anxiety disorders (SAD) usually begins in adolescence [25] and is most common among youth [26, 27] and women [26, 28, 29], showing prevalence of 7.3% [25] and 8.3% [30] among young women.

Because SAD is characterized by avoidance behavior, when intense fear in social situations may cause considerable distress and impaired ability to function [31], this can have an effect on the mother's behavior regarding the fundamental aspects of optimal stimulation of the child, which includes encouraging and strengthening the interaction and exploratory behavior [32-34]. Since SAD is characterized by an avoidant behavior, intense fear in social

situation and significant psychosocial impairment [31]. Children of mothers with this disease, could lack of proper stimulation and social interaction during their first years of life which could ultimately affect their cognitive development [32-34].

Phobic models can be transmitted intergenerationally. More significantly than genetic factors, the environment in which the child is raised and maternal responsiveness may influence the onset of anxiety in children [35]. Children of mothers with SAD have higher levels of anxiety and avoidance behavior for the novelty [36], and also show reduced social responsiveness to the stranger [37]. These characteristics can interfere with language acquisition, considering that speech delay is associated with low social competence [38]. Moreover, very anxious mothers are more critical, controller, and intrusive; they impose more rules and do not allow their children to have an age-appropriate level of autonomy. These characteristics can convey to the children that the environment is very difficult and dangerous and they have no skills to deal with it or to succeed the challenges imposed by it. These aspects may restrict the development of some domain skills, such as the ability to solve problems [39].

The main purpose of this study was to investigate possible association between maternal SAD and cognitive and language performance in 30-month old children. Our hypothesis is that maternal SAD could be significantly associated with poorer performance in the cognition and language scales of the Bayley – III.

2. Methods

2.1 Survey data and study sample

This study is part of a larger cohort study on maternal mental health and child development. The original sample consisted of teenage mothers who received prenatal medical assistance through the National Public Health System in the city of Pelotas in

southern Brazil. The participants were recruited from October 2009 to March 2011 in 47 primary healthcare units and in 3 public obstetric ambulatory care units. The study sample included 537 mother-child dyads (30-month old children and their respective mothers).

This study was approved by the Research Ethics Committee of the *Universidade Católica de Pelotas*, RS-Brazil. All participants were informed about the study and agreed to participate by providing their free and informed assent for analysis and anonymous publication of results according to resolution 466/12 (CONEP). Those younger than 18 years old had permission of their parents to participate of the study, which had also signed to the term of free and informed assent. The children who showed poorer performance in the Bayley Scale, as well as the mothers diagnosed with psychiatric disorders, were sent to a mental health care clinic.

2.2 Measures and variables

2.2.1 Socio- demographic data

A self-report questionnaire was used to obtain socio-demographic data from the mothers: age, marital status, education, occupation and family income (according to the Economic Classification for Brazil of the Brazilian Association of Population Survey Companies in which the highest-income level is “A” and the lowest is “E”). Information was also collected regarding the delivery type, birth weight and the possible prematurity of the children (less than 37 weeks of pregnancy), primary caregiver and daycare attendance.

2.2.2 Social anxiety disorder

Mothers completed the Portuguese validated version of the Mini Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus), a short structured interview compatible with DSM-IV and ICD-10 criteria with adequate validity and reliability (sensitivity of 83% and specificity of 95%). [40]

2.2.3 Cognitive and language measures

All children completed The Bayley Scales of Infant and Toddler Development- third edition [41] to assess infant cognitive and language development. The scale use items administered to the child. The items on the Cognitive Scale include sensorimotor development, exploration and manipulation, object relatedness, concept formation, memory and other cognitive abilities. The Language Scale evaluates Receptive and Expressive Communication. The Receptive subtest includes vocabulary development (recognize objects and pictures referenced), vocabulary related to morphological development (pronouns and prepositions), and understanding of morphological markers (plural, tenses and the possessives), as well children's social referencing and verbal comprehension. The Expressive Communication subtest includes items that assess vocabulary development (naming objects, pictures, and attributes), and morpho-syntactic development (using two-word utterances, plurals, and verb tense). Both subscales were used together to determine language performance. The scales were administered by psychologists, master and doctorate degree students, trained and supervised by an experienced child clinical psychologist. For each scale, the child's score was determined by the number of items for which credit was received. The Bayley Scale has not been validated for the Brazilian population, and no cut-off values for the subscales have been determined. Thus, for methodological purposes related to statistical power, we used the composite score for the scales as the outcome. The data presented here for each subscale are composite scores relating the child's performance to age-based norms.

2.3 Statistical analysis

The statistical analysis was performed using SPSS 21.0 for Windows. Univariate analysis was employed to verify sample characteristics. After carrying out the bivariate analysis, using *t*-test and ANOVA, all variables with *P*-values <0.2 in the crude analysis were included in the adjusted analysis. A linear regression analysis was performed and adjusted to check for effects remaining between variables to ensure that, after adjusting for the first level, variables that did not retain *P*-values <0.2 were not included in the analysis of the second hierarchical level. The same procedure was carried out for the variables of the second level to set the third hierarchical level. After the adjusted analysis, the statistical significance was consistently evaluated using the level of 0.05 (two-tailed) as indicative of statistical significance.

3. Results

Of the initial 534 mother-child dyads, 520 (97.3%) completed the measurement instruments. Mean age for the mothers was 20.1 years (SD \pm 1.5 years) and for the children 30.7 months (SD \pm 3.4 months). General Mean (SD) Bayley-III scores were as follows: cognitive, 90.8 (SD \pm 10.2); language, 98.5 (SD \pm 13.3). Sample characteristics and cognitive and language mean composite scores in Bayley Scale-III are listed in Table 1.

The sample showed 7.9% ($n = 41$) prevalence of social anxiety disorder. Maternal SAD was significantly associated with poorer performance in both scales; cognitive ($p = 0.007$) and language ($p = 0.014$) (Table 1). In adjusted analysis, children of mothers with SAD had on average 4.5 less point, in the Bayley cognitive (CI 95% -7.8; -1.1 $p = 0.008$) and language (CI 95% -9.0; -0.5 $p = 0.047$) scales, when compared to children of mothers without the disorder. Regarding the cognitive scale, a lower mean score was found in male

children, those who were not attending a daycare, and children of mothers with less than 20 years, less years of education, and unemployed (Table 1). After adjusting for potential confounding variables, less years of education ($p < 0.001$) and mother not working ($p = 0.036$) remained significantly associated with poorer cognitive performance. In addition, children whose mothers had between 11 and 14 years of education had on average 4.5 points more in the cognitive scale, compared to those mothers with less than 5 years of education (95% CI 0.6; 2.3). In addition, children of employed mothers had on average 2.1 points more than children which mothers were not working (CI 95% 0.1; 4.1) (Table 2).

For the language score, we observed a lower score in male children and those who did not attend a daycare, and in children of women with less years of education (Table 1). In multivariable analysis (Table 2), we found that children had on average 2.2 (95% CI 1.1; 3.2) more points in the language scale, for each category increase in their mothers education ($p < 0.001$). Female children reached an overall average 4.0 points (95% CI 1.5; 6.5) higher than boys ($p = 0.002$). Children who attended daycare were more likely to perform better than those who did not ($p = 0.059$).

4. Discussion

We found a prevalence of SAD to be 7.9% ($n = 41$). This value is very close to that found in the literature among women of the same age group [25,30].

A significant association was found between maternal SAD and poorer performance of children in cognitive and language scales of the Bayley-III. First, it appears that maternal anxiety has a moderate impact on children's anxiety, considering the degree of maternal avoidance. Such behavior, which is common among individuals with SAD, seems to contribute to the development of anxiety in children [42]. Social phobia in parents of 30-month old infants was associated with high levels of fear and avoidance in social situations

when these children were compared to those whose parents were not diagnosed with this disorder [43]. Children whose mothers have SAD are less encouraged to engage with strangers, which causes them to be less prone to communicate positively, suggesting signs of reduced social responsiveness [37,44]. Therefore, we suggest that these children may be hindered by difficulties in social interaction, because the process of acquiring new skills, in particular the higher level executive function skills, cognitive functions, including self regulation of thought, action and emotion, are directly linked to contextual and relational influences [45]. Children whose social experience provides more communicative opportunities and richer input build their vocabularies at a faster rate than those children with poorer experiences, indicating that the language acquisition mechanism depends on these environmental factors [2]. In addition, social interaction motivates children to make use of the language and can bring advances through the environmental information sources, which provide reference data, meaning and intentionality to new words that can be computed to improve their social and cognitive capacities [46]. Second, children's language development is related to the properties of the language experience, which is highly associated with the properties of maternal speech. The vocabulary size and the content richness in maternal input to children have direct influence on language learning [17, 47-49], which may suggest that mothers with SAD could present greater difficulty in communication, as a result, their children will have inadequate speech stimulation. Finally, another hypothesis is that children with poorer experience in interaction with strange adults may have felt more anxious and less engaged during the test situation, indicating that children are sensitive to maternal negative messages expressed as social anxiety disorder. In fact, when children perceive their mother acting anxiously in relation to a stranger, they tend to present similar behavior while interacting with a stranger [50]. Furthermore, there is an association between shyness in children and maternal social anxiety disorder [51].

In literature, maternal schooling was significantly associated with cognitive and language performance in children [10, 11, 13, 21, 22]. Children whose mothers had fewer years of formal education showed poorer performance on both subscales. This finding can be explained by the quality of stimulation. Mothers with higher levels of education tend to provide different types of daily stimulation, more play materials and appropriate games, along with better physical and temporal space management and better emotional involvement [52]. Higher levels of education are also associated with a more complex speech [21], allowing the mothers to vocalize more with their children [17].

Gender differences in relation to the language highlighted in this study have also been found in other studies, which suggest that girls have better communication performance when compared to boys [10-14].

The fact that the mother was working at the time of the interview proved to be a contributing factor for better cognitive performance. This association has been found in other studies [11, 23]. Working mothers tend to spend less time on household chores, social and leisure activities and dedicate more time to their children when compared to mothers who do not work. This time is used for purely interactional activities such as playing and chatting [53], suggesting that more important than the overall time with their children is the quality of that time. The economic benefits brought by the working mothers may include the purchase of toys and the payment of daycare, which can provide more stimulation to children. Children in low income families are rarely affected when their mothers work, and many have better results, especially in terms of cognitive development [54]. Another aspect to consider is that the work-related functionality is associated with mental health.

In literature, many studies report the association between socioeconomic status and child development [13, 17-19], which was not found in our study. This can be explained by

the characteristics of our sample, where approximately 70% of young people belong to the same social class, making it difficult to differentiate between the groups.

There are some limitations in our study. The use of an instrument that has no cut-off point for a Brazilian sample, which minimizes the possibility of determining delays in cognition and language associated with our presentation. Furthermore, the women who did not accept to participate in our study or did not complete the evaluation were excluded. It was possible that women with social phobia were less likely to be involved in this study, especially due to the SP characteristics, however, our loss was 2.7%. In contrast, we have used a validated structured clinical interview to assess psychiatric diagnosis and an appropriate tool to assess cognitive and language performance in children at this age. Moreover, both assessment instruments were applied by psychologists. In addition, the demographic and children characteristics were included and controlled carefully to avoid misinterpretation of the associations made between maternal social phobia and the outcomes evaluated in children.

5. Conclusions

The results of our study suggest that children are sensitive to manifestations of maternal social anxiety disorder, which may affect their cognitive and language performance. The implications of these results suggest that the intervention and prevention strategies to optimize learning and child development should focus not only on the children, but also on maternal anxiety.

Early childhood is of crucial importance for every child's development. It is not only a period of great opportunity to gather efforts for the best development possible, preventing or minimizing possible disorders, but also of vulnerability to negative influences. [55] This seems to be the ideal stage to apply intervention and prevention strategies.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest relevant to this article to disclose.

Acknowledgments

This work was supported by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). We thank the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) for the scholarships without which this work would not be possible. Special thanks the children and mothers who participated in our study.

References

- [1] Goldin-Meadow S. *The Resilience of Language: What Gesture Creation in Deaf Children Can Tell Us About How All Children Learn Language*. New York, N.Y.: Psychology Press; 2003.
- [2] Hoff E. How social contexts support and shape language development. *Dev Rev* Jul-Aug 2006; 26(1):55-88.
- [3] Goldin-Meadow S, Levine SC, Hedges LV, Huttenlocher J, Raudenbush SW, Small SL. New Evidence About Language and Cognitive Development Based on a Longitudinal Study: Hypotheses for Intervention. *Am Psychol* Sep 2014; 69(6): 588-99.
- [4] Pan BA, Rowe LM, Singer JD, Snow CE. Maternal correlates of growth in toddler vocabulary production in low-income families. *Child Dev* Jul-Aug 2005; 76(4):763–82.
- [5] Silva PA, Williams SM, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: later intelligence, reading and behaviour problems. *Dev Med Child Neurol* Oct 1987; 29:630–40.
- [6] Wong V, Lee PWH, Mak-Lieh F, Yeung CY, Leung PWL, Luk SL, et al. Language screening in preschool Chinese children. *Eur J Disord Commun* 1992; 27(3):247–64
- [7] Carter A. Language Delay in a Community Cohort of Young Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Aug 2003; 42(8):932-40
- [8] Serenius F, Källén K, Blennow M, Ewald U, Fellman V, Holmström G, et al. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. *JAMA* May 2013; 309(17):1810–20.
- [9] Lian WB, Ho SK, Choo SH, Shah VA, Chan DK, Yeo CL, et al. Children with developmental and behavioural concerns in Singapore. *Singapore Med J* Jul 2012; 53(7):439-45.
- [10] Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* Feb 2006;117:e298–e319.
- [11] Ali NS, Ali BS, Azam IS. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry* Oct 2013;13:274–86.
- [12] Kaplan PS, Danko CM, Everhart KD, Diaz A, Asherin RM, Vogeli JM, et al. Maternal depression and expressive communication in one-year-old infants. *Infant Behav Dev* Aug 2014;37(3):398-405.
- [13] McManus BM, Poehlmann J. Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin. *Child Care Health Dev* May 2012;38(3):425-34.
- [14] Sylva K, Stein A, Leach P, Barnes J, Malmberg LE. Effects of early child-care on cognition, language, and task-related behaviours at 18 months: An English study. *Br J Dev Psychol* Mar 2011;29(1):18-45.

- [15] Toome L, Varendi H, Männamaa M, Vals MA, Tänavsuu T, Kolk A. Follow-up study of 2-year-olds born at very low gestational age in Estonia. *Acta Paediatr* Mar 2013;*102*(3):300-7.
- [16] Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, et al. The impact of maternal postpartum depression on the language development of children at 12 months. *Child Care Health Dev* May 2012;*38*(3):420-4.
- [17] Hoff E. The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Dev* Sep-Oct 2003;*74*(5):1368-78.
- [18] Guerra CC, Moraes Barros MC, Goulart AL, Fernandes LV, Kopelman BI, dos Santos A. Premature infants with birth weights of 1500–1999 g exhibit considerable delays in several developmental areas. *Acta Paediatr* Jan 2014;*103*(1):e1-6.
- [19] Servili C, Medhin G, Hanlon C, Tomlinson M, Worku B, Baheretibeb Y, et al. Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: the P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health* Nov 2010;*10*(1):693.
- [20] Morinis J, Carson C, Quigley MA. Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: a population-based cohort study. *Arch Dis Child* Dec 2013;*98*(12):959-64.
- [21] Huttenlocher J, Vasilyeva M, Waterfall HR, Vevea JL, Hedges LV. The varieties of speech to young children. *Dev psychol* Sep 2007;*43*(5):1062-83.
- [22] Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry* Nov 2011;*26*(8):484-9.
- [23] Piteo AM, Yelland LN, Makrides M. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Hum Dev* Aug 2012;*88*(8):651-5.
- [24] Mensah FK, Kiernan KE. Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*. Nov 2010;*45*(11):1023-35.
- [25] Merikangas KR, Avenevoli S, Acharyya S, Zhang H, Angst J. The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biol Psychiatry* Jan 2002; *51*(1):81-91.
- [26] Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP). *Eur Psychiatry* Sep 2011;*26*(6):339-45.
- [27] Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* Feb 1996;*53*(2):159-68.
- [28] McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. Aug 2011; *45*(8):1027-35.
- [29] Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. Feb 2002; *105*(2):84-93
- [30] Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*. Mar 2010; *68*(3):235-43

- [31] American Psychiatric Association. DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 1994
- [32] Ramey SL, Ramey CT. Early educational intervention with disadvantaged children – To what effect? *Applied and Preventive Psychology* 1992;1:131-40.
- [33] Ramey SL, Ramey CT. Early intervention and early experience. *Am Psychol* 1998;53:109-20.
- [34] Ramey SL, Ramey CT. Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Prev Med* 1998;21:224-32.
- [35] Natsuaki MN, Leve LD, Neiderhiser JM, Shaw DS, Scaramella LV, Ge X, et al. Intergenerational transmission of risk for social inhibition: The interplay between parental responsiveness and genetic influences. *Dev Psychopathol* Feb 2013;25(1):261-74.
- [36] Aktar E, Majdandžić M, de Vente W, Bögels SM. The interplay between expressed parental anxiety and infant behavioural inhibition predicts infant avoidance in a social referencing paradigm. *J Child Psychol Psychiatry* Feb 2013;54(2):144-56.
- [37] Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Sack C. The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry* Jan 2007;48(1):45-52.
- [38] Horwitz S, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson Heenan JM, Mendoza J, Carter AS. Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Aug 2003;42(8):932-40.
- [39] Ginsburg GS, Grover RL, Cord JJ, Ialongo N. Observational Measures of Parenting in Anxious and Nonanxious Mothers: Does Type of Task Matter? *J Clin Child Adolesc Psychol.* Jun 2006;35(2):323–8
- [40] Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106–15.
- [41] Bayley N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Manual. 3rd ed. San Antônio, TX, USA: PsychCorp; 2006.
- [42] Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Nelson LP. Maternal phobic anxiety and child anxiety. *J Anxiety Disord* 2005;19(6):658–72
- [43] Aktar E, Majdand M, Vente W, Bogels SM. Parental social anxiety disorder prospectively predicts toddlers' fear/avoidance in a social referencing paradigm. *J Child Psychol Psychiatry* Jan 2014;55(1):77–87.
- [44] Murray L. Intergenerational Transmission of Social Anxiety: The Role of Social Referencing Processes in Infancy. *Child Dev* Jul-Aug 2008;79(4):1049–64
- [45] Conway A, Stiffer CA. Longitudinal Antecedents of Executive Function in Preschoolers. *Child Dev* May-Jun 2012; 83(3):1022-36.
- [46] Hoff E, Naigles L. How children use input to acquire a lexicon. *Child Dev* Mar-Apr 2002; 73(2):418-33.
- [47] Huttenlocher J, Haight W, Bryk A, Seltzer M, Lyons T. Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology* 1991; 27(2):236–48.

- [48] Huttenlocher J, Vasilyeva M, Cymerman E, Levine S. Language input and child syntax. *Cogn Psychol* Nov 2002; 45(3):337-74.
- [49] Huttenlocher J, Waterfall H, Vasilyeva M, Vevea J, Hedges LV. Sources of variability in children's language growth. *Cogn Psychol* Dec 2010; 61(4):343-65.
- [50] de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N, Murray L. Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behav Res Ther* Aug 2006; 44(8):1165-75.
- [51] Cooper P J, Eke M. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry* May 1999; 174:439-43.
- [52] Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho ND, Barreto ML. Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. *Rev Saude Publica* Aug 2005; 39(4):606-11.
- [53] Huston AC, Rosenkrantz Aronson S. Mothers' time with infant and time in employment as predictors of mother-child relationships and children's early development. *Child Dev* Mar-Apr 2005; 76(2):467-82.
- [54] Zaslow MJ, Emig CA. When low-income mothers go to work: Implications for children. *Future Child* 1997;110-115.
- [55] World Health Organization [Internet]: Maternal, newborn, child and adolescent health [cited 2014 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/en.

Table 1. Sample characteristics and mean of the Cognitive and Language Composite Scores in Bayley Scale-III.

	N (%)	Cognitive Score (SD)	p- value	Language Score (SD)	p- value
Maternal age (years)			0.077		0.201
Up to 20	292 (56.2)	90.1 (10.0)		97.8 (12.9)	
Above 21	228 (43.8)	91.7 (10.5)		99.4 (13.8)	
Socioeconomic status*			0.245		0.330
A/B	81 (16.0)	92.7 (9.5)		99.2 (13.2)	
C	351 (69.4)	90.6 (10.7)		99.1 (13.9)	
D/E	74 (14.6)	90.5 (7.3)		96.6 (10.4)	
Education			0.003		0.000
Less than 5 years	42 (8.1)	87.8 (8.8)		97.3 (15.4)	
Between 5 and 8 years	203 (39.0)	89.6 (9.5)		96.3 (12.6)	
Between 8 and 11 years	180 (34.6)	91.3 (11.0)		98.0 (12.6)	
Between 11 and 14 years	95 (18.3)	93.8 (10.2)		104.6 (13.7)	
Lives with partner			0.871		0.063
No	236 (45.3)	90.9 (10.3)		97.3 (13.4)	
Yes	284 (54.7)	90.8 (10.2)		99.5 (13.3)	
Delivery type			0.140		0.369
Vaginal	255 (49.0)	90.1 (9.8)		98.0 (13.5)	
Cesarian	265 (51.0)	91.5 (10.6)		99.0 (13.2)	
Birthweight (g)			0.476		0.107
Until 2499	41 (7.9)	92.0 (7.5)		101.8 (14.5)	
2500 or more	479 (92.1)	90.7 (10.4)		98.3 (13.2)	
Preterm*			0.331		0.269
No	385 (84.6)	91.1 (10.5)		99.0 (13.3)	
Yes	70 (15.4)	89.7 (8.7)		97.0 (14.1)	
Child Sex			0.029		0.000
Male	271 (52.1)	89.9 (10.3)		96.3 (13.0)	
Female	249 (47.9)	91.9 (10.1)		101.0 (13.3)	
Mother Works			0.009		0.112
No	331 (63.6)	89.7 (9.9)		97.9 (13.3)	
Yes	189 (36.4)	92.4 (10.4)		100.0 (13.6)	
Primary caregiver			0.792		0.942
Mother	419 (80.6)	90.8 (10.2)		98.6 (13.6)	
Other	101 (19.4)	91.1 (10.6)		98.4 (12.1)	
Daycare Attendance			0.017		0.010
No	405 (77.9)	90.2 (10.1)		97.7 (12.7)	
Yes	115 (22.1)	92.9 (10.7)		101.7 (14.7)	
Social anxiety disorder			0.007		0.014
No	479 (92.1)	91.2 (10.3)		99.0 (13.3)	
Yes	41 (7.9)	86.6 (8.6)		93.4 (12.8)	

*Variable with missing

Table 2. Adjusted linear regression results with mean differences

	β Cognitive adjusted (CI 95%)	p-value	β Language adjusted (CI 95%)	p-value
Maternal age (up to 20)	0.53 (-1.4; 2.5)	0.599		
Education (less than 5 years)	1.51 (0.6; 2.3)	0.000	2.20 (1.1; 3.2)	0.000
Lives with partner (no)			2.37 (-0.1; 4.9)	0.068
Child Sex (male)	1.67 (-0.2; 3.5)	0.085	4.04 (1.5; 6.5)	0.002
Type of delivery (normal)	1.17 (-0.7; 3.0)	0.227		
Birthweight (Until 2499 g)			-4.22 (-8.8; 0.3)	0.071
Mother Works (no)	2.15 (0.1; 4.1)	0.036	1.68 (-1.0; 4.3)	0.219
Daycare Attendance (yes)	-1.17 (-3.5; 1.1)	0.325	-2.95 (-6.0; 0.1)	0.059
Social anxiety disorder (no)	-4.53 (-7.8; -1.1)	0.008	-4.54 (-9.0; -0.5)	0.047

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho propôs-se a atingir os objetivos elucidados inicialmente respondendo as hipóteses formuladas. Cabe aqui realizar uma breve retomada para sintetizar os principais achados. A seguir um resumo das informações apresentada nas partes I e II.

O primeiro artigo procurou investigar a associação entre presença de transtorno de ansiedade social entre jovens mulheres e a forma como as mesmas percebem o vínculo com suas mães. Os resultados obtidos neste artigo nos proporcionam respostas para as hipóteses anteriormente formuladas:

Hipótese 1- Jovens com transtorno de ansiedade social perceberão suas mães como mais negligentes que as mulheres sem o transtorno

Hipótese 2 - Jovens com transtorno de ansiedade social perceberão suas mães como mais controladoras e menos afetivas que as jovens sem o transtorno.

Assim como descrito na literatura, ambas as hipóteses foram corroboradas. Mulheres que percebiam suas mães como mais negligentes ou como muito controladoras e pouco afetivas tinham maior probabilidade de apresentarem o transtorno. Embora não possamos atribuir aqui um sentido de causalidade, este achado reforça a ideia de que questões possivelmente ambientais estão associadas a etiologia e/ou retroalimentação do transtorno e sugere que o modelo vincular com suas mães corre em paralelo com o transtorno de ansiedade social.

O segundo artigo teve por objetivo verificar a associação entre desempenho cognitivo e de linguagem em crianças com 30 meses e a presença de transtorno de ansiedade social entre suas mães. Os resultados obtidos neste artigo responderam as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - Filhos de mães com transtorno de ansiedade social apresentarão pior desempenho em termos de linguagem quando comparados aos filhos jovens sem o transtorno

Hipótese 2 - Filhos de mães com transtorno de ansiedade social apresentarão pior desempenho cognitivo comparados as crianças cujas mães não apresentam o transtorno

Também neste artigo ambas as hipóteses foram corroboradas. Este estudo encontrou associação significativa entre transtorno de ansiedade social nas mães e pior desempenho dos filhos nas escalas cognitiva e de linguagem da Bayley III quando comparados aos filhos de mães sem o transtorno. Este achado reforça a importância da saúde mental materna no desenvolvimento ideal dos filhos. Ainda destaca, por seu caráter inovador, a necessidade de

investigar a influencia de transtornos comuns, como os de ansiedade, no desenvolvimento infantil e em especial no desempenho de habilidades básicas e fundamentais, que podem afetar os processos de aprendizagem em geral, como cognição e linguagem.

Indo um passo além, refletindo sobre aspectos que não puderam ser investigados neste estudo, pode-se pensar que o modelo vincular percebido e/ou aprendido com sua mãe pode ser ou estar associado ao estilo de vinculação com os filhos, fazendo dessa forma uma transmissão transgeracional deste modelo. Afinal, as mães, figuras centrais em termos de cuidado em nossa cultura, podem influenciar positiva ou negativamente na aquisição, manutenção e desenvolvimento de habilidades, potencialidades e da personalidade do indivíduo através do fenômeno de identificação. A mãe é o primeiro agente “identificante” do recém nascido. A história de um sujeito é a história de suas identificações e é a partir da relação com a mãe, a partir deste modelo de conexão com a realidade, que a criança ingressa na relação com o mundo e estrutura sua personalidade. Portanto, o indivíduo se constitui e se organiza em função das características dos outros que toma de modelo para si. Mais do que um processo de aprendizagem ou imitação, que seriam mais superficiais e podem ou não ser decorrentes da identificação, este é um processo que direciona-se para uma estruturação psíquica, para a composição do mundo interno. Assim, estas jovens mulheres, que não se sentiram suficientemente amadas ou que foram muito controladas e protegidas e não estimuladas à autonomia, podem repetir com seus filhos o modelo internalizado através da identificação com suas mães. Conseqüentemente estas crianças identificadas com mães com um transtorno como o de ansiedade social que tem como características mais marcante a baixa auto estima, a insegurança e a crença de inadequação podem ser afetadas na aquisição de habilidades que resultam em autonomia e independência como cognição e linguagem.

Espera-se que as informações relatadas neste estudo auxiliem na melhor compreensão do transtorno de ansiedade social e de suas conseqüências, resultando em estratégias de diagnóstico e intervenção precoces e trabalhos de prevenção.