

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

LIDIANE AGUIAR FERREIRA

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL MATERNO E
DESENVOLVIMENTO MOTOR DOS FILHOS AOS 3 MESES DE IDADE

Pelotas
2019

LIDIANE AGUIAR FERREIRA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL MATERNO E
DESENVOLVIMENTO MOTOR DOS FILHOS AOS 3 MESES DE IDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof^a Dr^a Mariana Bonati de Matos

Pelotas
2019

F383t Ferreira, Lidiane Aguiar
Transtorno de ansiedade social materno e desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade / Lidiane Aguiar Ferreira. - 2019.
75 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, 2019.
Orientadora: Mariana Bonati de Matos.

1. Transtorno de ansiedade social. 2. Desenvolvimento motor. 3. Ansiedade materna. I. Matos, Mariana Bonati de. II. Título.

CDD 152.3

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB-10/2462

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL MATERNO E
DESENVOLVIMENTO MOTOR DOS FILHOS AOS 3 MESES DE IDADE**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA:

Dr(a). Jéssica Puchalski Trettim

(Programa de pós-graduação em saúde e comportamento/Universidade Católica de Pelotas)

Prof(a). Dr(a). Luciana de Avila Quevedo

(Programa de pós-graduação em saúde e comportamento/Universidade Católica de Pelotas)

Orientador – Prof(a). Dr(a). Mariana Bonati

(Programa de pós-graduação em saúde e comportamento/Universidade Católica de Pelotas)

Agradecimentos

A minha orientadora, Mariana Bonati, por percorrer esse caminho comigo com muita paciência, carinho, cuidado, amor, estímulo, compreensão e empatia. Obrigada pelas trocas, pelos ensinamentos, pela inspiração e pela amizade.

A Jéssica Trettim e Luciana Quevedo, obrigada por cada ensinamento, palavra de carinho, disponibilidade e confiança.

Aos meus amigos, pelo estímulo, por entenderem e respeitarem minhas ausências.

As mães, que gentilmente com seus bebês, se deslocaram até a Universidade para que pudessem ser realizadas as avaliações, muito obrigada pela disponibilidade e confiança em nosso trabalho, sem vocês não seria possível. E agradecer a cada bebê que eu tive a possibilidade de avaliar e de aprender tanto sobre essa fase tão bonita.

Aos meus pacientes do consultório, por serem tão compreensivos. Minha gratidão.

A Deus, por me permitir realizar e viver mais uma etapa tão bonita e tão importante da minha vida.

A minha mãe, que me deu todo suporte para que eu pudesse chegar e concluir essa etapa. Ao meu pai e minha avó (*In Memoriam*) que mesmo não estando fisicamente presentes, foram e sempre serão inspiração para a minha vida

A equipe “Gravidez cuidada, bebê saudável” por cada troca, pelo carinho, parceria, conversas, aprendizado e vida compartilhada ao longo desse tempo, seja na 416 ou na 418.

A CAPES, pela concessão de bolsa de mestrado.

RESUMO

Introdução: Entre os transtornos de ansiedade, está o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), caracterizado por um medo intenso e persistente de julgamento diante de situações sociais. Já o desenvolvimento motor infantil pode ser entendido como um processo sequencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, pelo qual o ser humano adquire uma série de habilidades motoras, as quais progridem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas. Sugere-se que quando há prejuízo na interação social materna os estímulos que são passados para o bebê podem ser limitados, gerando assim uma série de limitações que podem se estender durante toda a vida. **Objetivo:** Associar o TAS materno no pós-parto, assim como fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade. **Método:** Estudo transversal aninhado a uma coorte, de base populacional, que desde 2016 acompanha mulheres no período gestacional até o desenvolvimento do bebê aos 3 meses de idade, na cidade de Pelotas/RS. Para avaliar a presença do TAS materno foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* e, para avaliar o desenvolvimento motor dos filhos foram utilizadas a *Bayley Scales of Infant Development III* e a *Infant Motor Scale of Alberta*. Além disso, foi aplicado um questionário geral, pré codificado e semi-estruturado para coletar informações maternas e de nascimento do bebê. As análises dos dados foram realizadas no programa estatístico SPSS 23.0 por análise univariada, bivariada e multivariada através de regressão linear múltipla. **Resultados:** Menores escores em ambas as escalas de desenvolvimento motor dos filhos estiveram associados a prematuridade e baixo peso ao nascer das crianças. Porém o desenvolvimento motor não apresentou relação com a presença de TAS materno aos três meses pós-parto. **Discussão:** Nesta avaliação não foi observado prejuízo no desenvolvimento motor nos filhos de mãe com TAS. Porém, este resultado não exclui a presença de um impacto negativo na vida dos filhos a longo prazo, já que o psiquismo da criança ainda está em desenvolvimento, sugerindo assim a continuidade dos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: transtorno de ansiedade social, desenvolvimento motor, ansiedade materna

ABSTRACT

Introduction: The development of motor competence during infancy can be understood as a sequential and continuous process related to chronological age by which the human being acquires a series of motor skills, that progress from simple and disorganized movements to the execution of highly organized and complex motor skills. Several factors may put at risk the normal course of a child's development. The main characteristics associated to motor retardation are: to be male, low weight at birth, prematurity, neonatal infections, innutrition, low socioeconomic conditions, precarious education level of parents, and maternal disorders as anxiety and depression. Among anxiety disorders is Social Anxiety Disorder (SAD), characterized by an intense and persistent fear of judgment in social situations. It is suggested that, when there is impairment in the mother's social interaction, the stimuli passed on to the baby may be limited, generating a series of limitations that can extend throughout life. **Objective:** To associate maternal Social Anxiety Disorder and environmental and psychosocial factors to motor development of children at three month of age. **Methods:** Cross-sectional study nested in a cohort population-based, accompanying women in the gestational period since 2016 until the development of the baby at three months of the age, in the municipality of Pelotas, RS. We use Mini International Neuropsychiatric Interview Plus to assess the presence of maternal Social Anxiety Disorder and depression, and *Bayly Scales of Infant Development III* and *Infant Motor Scale of Alberta* to assess motor development of the children. A socio-demographic questionnaire is also used to collect information from the mother and from the baby birth. All the pregnant women who agreed to participate in the study signed a Free Informed Consent Form; those women presenting Social Anxiety Disorder are referred for the Basic Healthcare Units and Health Campus of *Universidade Católica de Pelotas*. Those presenting depression are referred for study psychotherapy, referring to the larger study. Mothers of babies with low score in the motor development scale are guided to a better stimulation of their children. **Expected results:** It is expected to find children presenting lower scores in motor development whose mothers suffer from Social Anxiety Disorder when comparing with children whose mothers do not suffer from that disorder.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Motor development, Maternal anxiety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estratégia de busca- quadro 1.....	27
Figura 2 - Quadro de variáveis.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características de mães e seus filhos 90 dias após o parto, na cidade de Pelotas, RS.....	54
Tabela 2- Análise multivariada com controle para possíveis fatores de confusão.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AIMS - *Infant Motor Scale of Alberta*

BSID-III - *Bayley Scales of Infant Development III*

DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 Edition*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografica e Estatística

MINI PLUS - *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus*

TAS - Transtorno Ansiedade Social

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PROJETO	14
1. IDENTIFICAÇÃO	15
1.1 Título.....	16
1.2 Mestranda	15
1.3 Orientadora	16
1.4 Instituição	16
1.5 Curso.....	16
1.6 Linha de pesquisa	16
1.7 Data.....	16
2. INTRODUÇÃO.....	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4. HIPÓTESES.....	20
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
5.1. Estratégia de busca.....	27
6.METODOLOGIA.....	28
6.1 Delineamento	28
6.1.1 Participantes	28
6.1.2 Critérios de inclusão	28
6.1.3 Critérios de exclusão.....	29
6.2 Procedimentos e Instrumentos	29
6.2.1 Desfecho primário	30
6.2.2 Desfecho secundário	31
6.3 Análise de dados	31
6.4 Aspectos éticos	31
6.4.1 Riscos.....	32
6.4.2 Benefícios	32
6.5 Cronograma	33
6.6 Orçamento.....	33
7. REFERÊNCIAS.....	34
8. ARTIGO	38
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO	56
ANEXOS.....	57

Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	58
Anexo B -Termo de consentimento livre e esclarecido para menores de 18 anos.	59
Anexo C - Carta de aprovação Comitê de ética em pesquisa.....	60
Anexo D- Questionário primeira etapa.....	63
Anexo E - Questionário bebê terceira etapa.....	65
Anexo F - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus</i> - Módulo Episódio depressivo maior.....	67
Anexo G - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus</i> - Módulo Transtorno de Ansiedade Social.....	70
Anexo H- Livreto de informações sobre desenvolvimento do bebê e dicas de estímulos.....	71

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) materno e o desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade.

Este trabalho está dividido em duas partes: a primeira referente ao projeto intitulado “Transtorno de ansiedade social materno e o desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade” e a segunda referente ao artigo resultante do projeto.

A parte I – Projeto - está subdividida em introdução, objetivos, hipóteses, fundamentação teórica, método e referências.

A parte II- Artigo- se refere ao artigo intitulado “Transtorno de ansiedade social materno e o desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade”.

Em anexo os instrumentos utilizados no estudo.

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento motor infantil pode ser entendido como um processo seqüencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, pelo qual o ser humano adquire uma série de habilidades motoras, as quais progridem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas. Diversos fatores podem colocar em risco o curso normal do desenvolvimento motor de uma criança. Dentre as principais características associadas ao atraso motor encontram-se: ser do sexo masculino, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções neonatais, desnutrição, baixas condições socioeconômicas, baixo nível educacional dos pais e a presença de transtornos maternos como depressão e ansiedade. O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), é caracterizado por um medo intenso e persistente de julgamento diante de situações sociais. Devido as características desse transtorno, sugere-se que quando há prejuízo na interação social materna os estímulos que são passados para o bebê podem ser limitados, gerando assim uma série de limitações que podem se estender durante toda a vida. **Objetivo:** Associar o Transtorno de Ansiedade Social materno, assim como fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade. **Método:** Estudo transversal aninhado a uma coorte, de base populacional, que desde 2016 acompanha mulheres do período gestacional até o desenvolvimento do bebê aos 3 meses, na cidade de Pelotas/RS. Para avaliar a presença do Transtorno de Ansiedade Social materno e a depressão é utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* e, para avaliar o desenvolvimento motor dos filhos estão sendo utilizados a *Bayley Scales of Infant Development III* e a *Infant Motor Scale of Alberta*. Além disso, aplica-se um questionário sociodemográfico para coletar informações maternas e de nascimento do bebê. Todas as gestantes que aceitaram participar do estudo, assinam o termo de consentimento livre e esclarecido e as que apresentam Transtorno de Ansiedade Social são encaminhadas para o atendimento de saúde mais adequado. Já as que apresentam depressão são encaminhadas para a psicoterapia do estudo, referente ao estudo maior. A mãe de bebês com baixo escore na escala de desenvolvimento motor, estão sendo orientadas a uma melhor estimulação de seus filhos. **Resultados esperados:** Espera-se encontrar que os filhos de mães com Transtorno de Ansiedade Social irão apresentar menores escores no desenvolvimento motor quando comparados aos filhos de mães sem o transtorno.

Palavras-chave: transtorno de ansiedade social, desenvolvimento motor, ansiedade materna

PARTE I

PROJETO

LIDIANE AGUIAR FERREIRA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL MATERNO E
DESENVOLVIMENTO MOTOR DOS FILHOS AOS 3 MESES DE IDADE**

Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas.

Orientadora: Dra. Mariana Bonati de
Matos

Pelotas

2018

1. IDENTIFICAÇÃO

Título: Transtorno de ansiedade social materno e o desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade

1.1 Mestranda: Lidiane Aguiar Ferreira

1.2 Orientadora: Mariana Bonati de Matos

1.3 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.4 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.5 Linha de pesquisa: Saúde materno-infantil

1.6 Data: Outubro, 2018

2. INTRODUÇÃO

A infância é o período onde se desenvolvem habilidades que irão acompanhar o indivíduo ao longo da vida. O processo de desenvolvimento ocorre de maneira dinâmica e é suscetível a ser moldado a partir de inúmeros estímulos externos. A interação entre aspectos relacionados ao indivíduo, como suas características físicas e estruturais, assim como o ambiente em que está inserido, são determinantes na aquisição e refinamento de diferentes habilidades do desenvolvimento (Willrich, 2009 ; A.M. Cornish, 2005).

No que se refere ao desenvolvimento motor, este pode ser entendido como um processo seqüencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, pelo qual o ser humano adquire uma série de habilidades motoras, as quais progridem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas. O desenvolvimento motor é dividido em desenvolvimento motor fino e motor grosso. O desenvolvimento motor fino envolve movimentos das mãos e dedos e o motor grosso abrange a movimentação da criança com relação a gravidade, como a sustentação da cabeça, sentar e etc (Madaschi, 2016).

Inicialmente, os prejuízos no desenvolvimento motor eram atribuídos a carga genética ou a um déficit neurológico, sem levar em conta o ambiente e as oportunidades de aprendizado da criança. Desde as Escalas *Bayley Scales of Infant Development* (Bayley) originais, os pesquisadores têm demonstrado que, embora a maioria dos bebês siga uma sequência no desenvolvimento que já é típica, o modo pelo qual desenvolvem pode ser diferente e o ambiente é um grande influenciador para o desenvolvimento das habilidades motoras (Weiss, 2017).

Nesse contexto, diversos fatores podem colocar em risco o curso normal do desenvolvimento motor de uma criança. Dentre as principais características associadas ao atraso motor encontram-se: ser do sexo masculino, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções neonatais, desnutrição, baixas condições sócioeconômicas, nível educacional precário dos pais e a presença de transtornos maternos como ansiedade e depressão (A.M. Cornish, 2005 ; Lung, 2011 ; Khandan, 2018 ; Venturella, 2013 ; Garibotti, 2013 ; Willrich, 2009).

A saúde mental materna frequentemente tem sido considerada um importante fator de risco no desenvolvimento infantil (Tough et al. 2008). Pesquisas anteriores descobriram que filhos de pais com piores condições de saúde mental têm pior desenvolvimento geral (Nordberg et al. 1989; SohrPreston & Scaramella 2006; Lung, 2011). No que se refere aos transtornos de ansiedade, destaca-se a importância do Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e seu possível prejuízo na interação social materna, visto que os estímulos que são passados para o bebê podem ser limitados. O transtorno tem como principal característica a dificuldade de interação social por medo de ser julgada. Segundo o DSM-IV, quando exposto a essas situações sociais, o indivíduo tem medo de ser avaliado negativamente. Ele tem a preocupação de que será julgado como ansioso, débil, maluco, estúpido, enfadonho, amedrontado, sujo ou desagradável. A prevalência do transtorno de ansiedade social nos Estados Unidos é de 7% e na Europa a prevalência média é de 3% na população geral (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Wenzel et al. (2005) encontraram uma prevalência de 4% de TAS em uma amostra com mulheres, oito semanas pós-parto (Wenzel, 2005).

Sobre sua influência no desenvolvimento dos filhos, no estudo de Sajedi et al, houve uma associação entre a ansiedade materna com a habilidade do

desenvolvimento motor fino dos filhos (Sajedi, Ahmadi Doulabi, Vameghi, Mazaheri e Baghban, 2016). Já o recente estudo de Khandan et al. (2018) encontrou uma correlação negativa significativa entre a ansiedade materna e os escores de desenvolvimento motor grosso, indicando que quanto mais ansiosa a mãe se sentia, pior a avaliação desenvolvimento motor grosso dos filhos (Khandan, 2018). Apesar disso, não foram encontrados estudos que tragam a relação do TAS materno com o desenvolvimento motor dos filhos sugerindo maior investigação sobre o tema.

De acordo com o exposto, ressalta-se a importância em estudar a influência dos transtornos mentais maternos, especialmente o TAS, no desenvolvimento motor dos filhos. Visto que o ambiente familiar influencia diretamente no desenvolvimento da criança e que é nele que acontecem as primeiras experiências de vida, é pertinente pensar e investigar a qualidade do ambiente, em que muitas vezes a mãe é a figura principal. Pressupõe-se que quando há prejuízo na interação social da mãe, os estímulos que são passados para o bebê podem ser limitados, gerando assim uma série de limitações que podem se estender durante toda a vida.

Nos primeiros meses de vida, é através do desenvolvimento motor que as crianças começam a explorar, sentir e conhecer o mundo a sua volta. Uma mãe fóbica tende a inibir essa exploração, muitas vezes por proteção, por pensar que vai ser perigoso e uma mãe saudável tende a deixar o filho ir, apesar das suas inseguranças.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi associar o TAS materno, assim como fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Associar a presença do transtorno de ansiedade social materno, assim como fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos 3 meses de idade.

3.2 Específicos

- Comparar os escores do desenvolvimento motor dos filhos de mães que apresentam TAS com os filhos de mães sem o transtorno;
- Descrever a prevalência do TAS na amostra;
- Associar desenvolvimento motor com variáveis sociodemográficas como: escolaridade e classe econômica;
- Verificar associação entre depressão pós-parto materna e desenvolvimento motor dos filhos;
- Associar TAS e depressão pós-parto;
- Associar desenvolvimento motor com o sexo da criança, peso ao nascer e prematuridade.

4. HIPÓTESES

- Os escores de desenvolvimento motor dos filhos de mães que apresentam TAS será significativamente menor quando comparados aos escores dos filhos de mães sem o transtorno;
- A prevalência do transtorno de ansiedade social será de aproximadamente de 5% na amostra;
- Filhos de mães com menor escolaridade e de classe econômica mais baixa irão apresentar escores mais baixos na escala de desenvolvimento motor do que filhos de mães com características contrárias;
- Filhos de mães com depressão pós-parto irão apresentar pior desenvolvimento motor;
- Prevalência de TAS será maior entre as mulheres com depressão;
- O desenvolvimento motor será pior em crianças do sexo masculino, com ao nascer e prematuro.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O primeiro ano de vida de uma criança é caracterizado por grandes mudanças. O termo desenvolvimento, quando aplicado à evolução do indivíduo, significa constante observação no crescimento das estruturas somáticas e aumento das possibilidades individuais de agir sobre o ambiente. O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita a exploração e interação com o meio ¹. Entretanto, as desvantagens ambientais podem influenciar negativamente a evolução das crianças prejudicando o ritmo de desenvolvimento e restringindo as possibilidades de aprendizado das mesmas ².

Estudos têm encontrado diferenças nos padrões e períodos de surgimento de certas habilidades motoras no primeiro ano de vida da criança ³. Nos três primeiros meses, é esperado que o bebê realize atividades como segurar uma pequena argola, girar o punho e tentar trazer a mão à boca ⁴. As posturas de prono e supino são as que, geralmente, ocorrem primeiro, pois há um maior controle cervical, o que facilita a exploração do ambiente e proporciona que se apoiem nos antebraços e mãos. Logo após começam a adquirir o controle da postura vertical que facilitam as posturas sentadas e em pé ⁵. Diante disso, a disfunção motora pode afetar futuramente a exploração do mundo pela criança, a obtenção de habilidades de caligrafia, o envolvimento em atividades sociais ⁶ e ainda podem vir a atrapalhar as habilidades como comer, a mobilidade e influenciar no aprendizado perceptivo, cognitivo e social ⁴.

No que se refere às características da criança, o efeito do gênero nas habilidades motoras tem sido relatado com estudos sugerindo que as meninas desenvolvem habilidades motoras finas em um ritmo mais rápido do que os meninos, e os meninos adquirem certas habilidades motoras grossas antes das meninas ⁷. Já outros estudos não relataram diferenças

de gênero no desenvolvimento motor ⁸, particularmente em relação aos primeiros meses de vida ⁹.

Outros fatores importantes, que podem influenciar o desenvolvimento motor, é a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Estudos sobre o tema estão sendo cada vez mais realizados e constata um comprometimento motor significativo em crianças prematuras e de baixo peso. De acordo com Kieviet et al. o desenvolvimento motor prejudicado é considerado fator de risco para desempenho, dificuldades de aprendizado e problemas de comportamento ^{10,11} que podem estar presentes em crianças muito prematuras e com baixo peso ao nascer ^{12,13}. Uma meta-análise, realizada em 2009, traz evidências claras de comprometimento motor substancial em crianças muito prematuras e com baixo peso desde a infância até os 15 anos de idade. Uma revisão sistemática referente ao desenvolvimento motor amplo de crianças pré-termo avaliadas pela *Alberta Infant Motor Scale* ¹⁴, publicada por Fuentefria et al.(2017), encontrou prevalências que variaram de 12% a 40% de atraso no desenvolvimento em bebês com 3 meses de vida, considerando percentil <10 pela AIMS. No estudo foram considerados apenas bebês prematuros, porém, a escala permite correção da idade cronológica conforme idade gestacional ¹⁵.

Quanto às características maternas, dentre as principais causas de atraso motor infantil encontram-se piores condições sócio-econômicas e nível educacional precário dos pais ¹. No estudo de Lung et al (2011), foi encontrado que a educação materna afetou diretamente o desenvolvimento motor grosso dos filhos aos 18 meses ¹⁶. Quanto a situação socioeconômica, estudos mostram que classes sociais mais baixas podem ser um fator de risco para atraso no desenvolvimento infantil e para o crescimento da prole (Murray 1992; Seguin et al. 2003; Tough et al. 2008). Além disso, Ali et al (2013) encontraram que a baixa renda da família esteve associada a efeitos adversos no desenvolvimento motor fino dos filhos ¹⁷.

Ainda sobre características maternas, de todas as pessoas no ambiente, a mãe é considerada a mais significativa, pois há uma grande capacidade das mães de detectar as necessidades de seus filhos, interagindo e respondendo positivamente aos estímulos da criança, motivando-as a se comunicarem (Sohr-Preston & Scaramella 2006). Desde o nascimento, os recém-nascidos estão preparados para aprender qualquer coisa que seu ambiente lhes forneça, porém, independentemente das habilidades que a criança apresenta, se o ambiente não for favorável a manifestação de suas habilidades pode ser comprometida¹⁸. Uma revisão sistemática investigou os efeitos da mãe e do cuidador com relação ao desenvolvimento motor e observou que houveram fortes associações entre eles¹⁹. Ainda, outros estudos demonstraram que a relação mãe-bebê adequada teve efeitos positivos no desenvolvimento motor e de resolução de problemas (Albers, Riksen Walraven e Weerth, 2010; Rezaeian, NiknejadJalali e Ashrafzadeh, 2013).

Visto que a relação mãe-bebê pode afetar diretamente no desenvolvimento motor, alguns transtornos maternos também podem influenciar nessa relação. Quanto a depressão pós-parto, o estudo de Cornish et al²⁰ mostrou que bebês de mães deprimidas cronicamente tiveram uma pontuação significativamente menor nas escalas motora e cognitiva da Escala *Bayley* de Desenvolvimento Infantil (BSID-II; Bayley, 1993) quando comparados aos filhos de mães com depressão breves e aquelas que não estavam deprimidas. O estudo de Ali et al.¹⁷ encontrou cerca de 4,8% de mães deprimidas no 1º mês pós-parto e mostrou um impacto significativo da depressão materna no desenvolvimento motor grosso das crianças.

Outra psicopatologia que pode afetar a relação mãe-bebê são os transtornos de ansiedade maternos, muito frequentes tanto no período da gestação quanto no pós-parto. No estudo de Britton²¹, foram encontradas altas taxas de ansiedade em mais de 25% das mulheres grávidas e a prevalência de ansiedade entre as puérperas foi de 16,5% no estudo de Andersson et al.²². A revisão sistemática de Cindy-Lee Dennis et. al relatou que 17,8% das

mulheres apresentaram sintomas significativos de ansiedade no período pós-natal ²³. Entre os transtornos de ansiedade, o TAS tem sido considerado um grave problema de saúde mental pelas incapacidades que interferem no desempenho e nas interações sociais. Conforme os critérios diagnósticos do DSM-IV (American Psychiatric Association –APA, 1994), os indivíduos com TAS manifestam medo excessivo, persistente e irracional de serem vistos comportando-se de um modo humilhante ou embaraçoso – pela demonstração de ansiedade ou de desempenho inadequado – e de conseqüente desaprovação ou rejeição por parte dos outros. Além disso, sabe-se que níveis altos de ansiedade social podem afetar negativamente: o desempenho social, o desempenho acadêmico, as habilidades de comunicação, as percepções interpessoais, e a competência social ²⁴.

Alguns estudos avaliaram a prevalência de TAS em mulheres grávidas e no pós-parto. O estudo de Wenzel et. al, apresentou prevalência de 4,1% de TAS em uma amostra de 147 mulheres no pós-parto ²⁵, sendo que destas, 2,7% iniciaram os sintomas neste período. Uma metá-análise encontrou que as prevalências de 5 estudos variaram de 2% e 5%, com uma prevalência agrupada geral de 2,5%. Já Van Veen et al. ²⁶ observaram o curso do TAS ao longo da gravidez e no período pós-parto em uma amostra de 41 mulheres e encontraram um aumento nos sintomas de ansiedade social (56%) e evitação social (53%) no período pós-parto ²⁷.

A comorbidade entre o TAS e a depressão tem sido investigado. Estudo realizado com 63 pacientes encontrou que 35% da amostra com fobia social apresentava histórias de episódios depressivos maiores. Tal achado é similar ao encontrado por Versiani & Nardi (1994) que 29,6% dos pacientes com fobia social apresentavam depressão maior concomitante. Pode-se concluir neste estudo, que pacientes com fobia social têm um alto índice de história de depressão maior concomitante. Os pacientes mais severamente incapacitados pela fobia social apresentam uma maior chance de apresentarem depressão. O início precoce da fobia social tem sido associado com um maior risco de desenvolver um

transtorno depressivo maior, pelo menos, dois anos após o aparecimento da doença). Neste estudo, descobrimos que as chances de desenvolvimento de um episódio depressivo maior em indivíduos com fobia social foi de 5,74.

No que se refere a influência do TAS materno no desenvolvimento motor do filho, a literatura é escassa quanto a este efeito, e conclusões firmes não podem ser tomadas. Apesar disso, o estudo de Murray et al. teve como objetivo comparar o comportamento de mães com TAS (N=96) e um grupo controle não ansioso (N=94), diante de uma situação destinada a elucidar as dificuldades sociais das mães, que seriam falar com um desconhecido e estimular o envolvimento do bebê com o desconhecido. As mães com TAS apresentaram dificuldades particulares no contexto de um desafio social, de ter que conversar e observar seu bebê em interação com o estranho e também foram significativamente menos encorajadoras do envolvimento de seu bebê com o estranho. Os bebês tendiam a permanecer atentos a sua mãe durante o período em que o estranho procurava interagir com eles e eram menos propensos a se comunicar de forma positiva. Sugerindo então, que bebês de mães com TAS podem mostrar sinais precoces de responsividade social reduzida. É possível que a reduzida responsividade social ao estranho por parte dos bebês de mães com TAS tenha surgido como consequência da atenuação desses comportamentos maternos regulatórios, pois as mães socialmente fóbicas tornaram-se mais retraídas e menos encorajadoras²⁸.

Assim, considerando que a principal característica do TAS materno é o medo, justifica-se o objetivo deste estudo com a hipótese de que a mãe ansiosa pode deixar de encorajar seu filho, de promover sua autonomia e também modelar respostas de esquiva na criança, gerando ideias de que qualquer movimento mais intenso pode ser considerado perigoso e, assim, não promovendo o estímulo das habilidades motoras que são adequadas aos 3 meses, gerando limitações no desenvolvimento da criança. Desse modo, crianças com desenvolvimento motor atípico, ou que se apresentam com risco de atrasos, merecem atenção e ações específicas, já que os problemas de coordenação e controle do movimento poderão

se prolongar até a fase adulta ²⁹. Além disso, atrasos motores freqüentemente associam-se a prejuízos secundários de ordem psicológica e social, como baixa auto-estima, isolamento, hiperatividade, entre outros, que dificultam a socialização de crianças e o seu desempenho escolar ¹.

Devido a isso, a confirmação da hipótese deste estudo destacaria a importância da realização de uma avaliação do desenvolvimento motor nos primeiros meses de vida, além de atenção à saúde materna, pois quanto mais precoce a detecção destes problemas maior a possibilidade de intervenções que tenham o objetivo de evitar ou diminuir danos ao longo da vida.

5. 1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Figura 1 – Quadro da estratégia de busca

DESCRITORES	PUBMED	SCIELO	LILACS
Social phobia AND child development	60	0	0
social phobia AND gestation	8	0	2
anxiety disorder AND child development	1339	23	67
maternal anxiety AND child development	466	0	0
social phobia	1014	145	334
motor development	3322	1179	700
child motor development	1300	356	646
social phobia AND postpartum	4	0	0
social phobia AND maternity	0	0	0
Maternal anxiety AND motor development	24	0	4
maternal anxiety AND child development	466	20	25
maternal social phobia	25	0	9
social anxiety disorder	1494	261	492

Como estratégia de busca foi utilizada a base de dados PUBMED, utilizando-se os descritores “*social phobia*”, “*child development*”, “*gestation*”, “*anxiety disorder*”, “*maternal anxiety*”, “*child motor development*”, “*postpartum*”, “*maternity*”, “*maternal social phobia*” e “*social anxiety disorder*”. Foram encontrados aproximadamente 19590 resultados, sendo considerados artigos, dissertações e teses. Após a análise dos títulos e resumos, selecionou-se 61 pesquisas que foram lidas na íntegra.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a um estudo maior intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

6.1.1 Participantes

A amostra será composta por mães e seus filhos aos 3 meses de vida.

Este estudo é composto por duas etapas: a primeira trata-se da captação da amostra, que são gestantes com até 24 semanas. Para a identificação das díades foram listados os 488 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas de acordo com o Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) através da malha do Censo de 2010. Destes, foram sorteados 244 setores (50% do total) para receber a visita de entrevistadores que foram em busca de mulheres grávidas entre os dois primeiros trimestres gestacionais, e posteriormente, convidadas a participar do estudo. A segunda etapa, consiste na avaliação da mãe e do bebê, 90 dias após o parto, que acontece na Universidade Católica de Pelotas e é feita avaliação do desenvolvimento do bebê e da saúde mental materna no período pós-parto. A expectativa é de uma amostra de 1270 gestantes, considerando que esta será composta apenas por mulheres com até 24 semanas de gestação. Após o término da coleta dos dados, será realizado o cálculo do poder da amostra.

6.1.2 Critérios de inclusão

Estão sendo incluídas no estudo maior gestantes que estão entre os dois primeiros trimestres de gestação e que sejam residentes de um dos setores sorteados. Para este estudo serão avaliadas todas as mães e seus filhos aos três meses de vida que estão fazendo parte deste acompanhamento e aceitarem participar da terceira etapa do estudo.

6.1.3 Critérios de exclusão

Mães com alguma incapacidade cognitiva ou física, que impossibilitam a compreensão dos questionários aplicados.

6.2 Procedimentos e Instrumentos

Para a coleta dos dados, serão usados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico (Anexo D), para coletar informações maternas como escolaridade e informações do bebê como semanas gestacionais no nascimento, sexo e peso ao nascer. Serão utilizados os critérios da ABEP³⁰ para a classificação econômica materna que se baseia no acúmulo de bens materiais, condições de moradia e na escolaridade do chefe da família, em cinco níveis (A, B, C, D, E). Quanto mais pontos somados, maior a classe. No presente estudo as classes A/B e D/E serão unidas, formando então três níveis, as classes A+B, C e D+E.
- Para o diagnóstico do Transtorno de ansiedade social e do Episódio Depressivo Maior será utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (Anexo F e Anexo G). É uma entrevista diagnóstica, estruturada, baseada nos critérios do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV) e da Classificação internacional de doenças (CID-10). Dividida por módulos de acordo com cada transtorno, é uma entrevista de curta duração, com opções de resposta sim/não. A aplicação dura aproximadamente 15-30 minutos, destinada a prática clínica e pesquisa, e ao final cada módulo indica a presença ou não do transtorno³¹.
- A escala *Bayley Scale of Infant and Toddler Development (BSID- III)*³², em sua versão adaptada para o Brasil, será usada para avaliar o desenvolvimento das crianças, sendo aplicada aos 90 dias pós-parto. Está dividida em cinco domínios: cognição, linguagem, motor, social-emocional e adaptativo. Neste estudo será utilizado somente o domínio do desenvolvimento motor, que está dividido em motor grosso e motor fino. A Escala

Motora Grossa determina como a criança movimenta seu corpo em relação à gravidade, composta de 72 itens, e a Escala Motora Fina determina como a criança usa suas mãos e dedos para fazer algo, composta de 66 itens. Por fim, é gerado um escore bruto para o desenvolvimento motor geral, sendo transformado em ponderado de acordo com a idade da criança. Para este estudo, será utilizado o escore composto tratado de forma contínuo para as análises, visto que não há estudos que determinem o ponto de corte para a população brasileira. A escala permite ajuste para prematuridade (Madaschi et al., 2016).

- *Infant Motor Scale of Alberta (AIMS)* é um instrumento observacional da motricidade ampla, que avalia a sequência do desenvolvimento motor e o controle da musculatura antigravitacional nas posturas prono, supino, sentado e de pé, de crianças a termo e pré-termo. É composta por 58 itens agrupados em subescalas (prono, supino, sentado e em pé) que descrevem a movimentação espontânea e as habilidades motoras. O examinador observa a criança, levando em consideração aspectos da superfície do corpo que sustenta o peso, a postura e os movimentos antigravitacionais. Apresenta escores brutos, e percentis do desempenho motor que podem ser interpretados da seguinte forma: normal (>25%); suspeito (entre 25 e 5%); anormal (<5%).

6.2.1 Desfecho primário

Desenvolvimento motor (*Bayley Scale of Infant and Toddler Development III* e *Infant Motor Scale of Alberta*).

6.2.2 Desfecho secundário

Figura 2: Quadro de variáveis e classificação

Variável	Tipo de Variável	Opção de resposta
Escolaridade da mãe	Numérica/Discreta	Idade em anos de estudo
Classe social da mãe (ABEP)	Qualitativa/Ordinal	A+B/C/D+E
Sexo do bebê	Nominal/Dicotômica	Masculino/Feminino
Baixo peso ao nascer	Nominal/Dicotômica	Sim/Não
Semanas de gestação ao nascer (para prematuridade)	Numérica/Discreta	Idade Gestacional em semanas completas
Episódio Depressivo Maior (MINI PLUS)	Nominal/Dicotômica	Sim/Não
Transtorno de Ansiedade Social – Exposição Principal (MINI PLUS)	Nominal/Dicotômica	Sim/Não

6.3 Análise de dados

Após a codificação dos instrumentos será realizada dupla digitação dos dados no programa EpiData 13.0 e para testes de inconsistências na digitação. Para análise dos dados será utilizado o programa SPSS 23.0, com os testes estatísticos apropriados para cada objetivo do estudo. Para a associação de variáveis contínuas com distribuição normal será utilizada correlação de *Pearson*, já para comparação entre os grupos serão utilizados os testes-T de *Student* e ANOVA. Serão consideradas para análise multivariada associações com $p < 0,20$ a fim de realizar regressão linear.

6.4 Aspectos éticos

O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas pelo número 47807915.4.0000.5339 (Anexo C). Todas as gestantes que aceitaram participar do estudo, maior maiores de 18 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE, Anexo A) que autorizava a participação de seu filho. Já as gestantes menores de idade tiveram um responsável pela assinatura do TCLE (Anexo B). Aquelas que apresentaram TAS foram encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência ou para o Campus de saúde da Universidade Católica de Pelotas. Aquelas que apresentaram Episódio Depressivo Maior atual foram encaminhadas para psicoterapia que faz parte do estudo. As mães de bebês que apresentaram baixos scores na escala de desenvolvimento motor foram orientadas a estimulação de seus bebês com foco nas habilidades mais prejudicadas observadas na aplicação do teste.

6.4.1 Riscos

Os riscos desse projeto são mínimos, podendo gerar algum desconforto emocional durante a aplicação dos questionários.

6.4.2 Benefícios

A avaliação precoce do desenvolvimento motor do bebê, pode gerar a possibilidade de orientação, para que os estímulos adequados sejam realizados e prejuízos maiores sejam evitados. Além disso, destaca-se o tratamento para os sintomas da mãe, caso haja necessidade.

6.5 Cronograma

Atividades	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Revisão de Literatura	X	X	X	X	x	x	x	x	x	X	X	x	x	x	X	x	X	x	x	X	x	x
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	x	x																
Qualificação do Projeto							x															
Análise dos Resultados																					X	
Redação do Artigo																					X	x
Defesa																						x

*O Mês 1 corresponde ao mês de março de 2018 e o mês 22 a dezembro de 2019. As etapas de treinamento, *Estudo-piloto e coleta de dados não foram inseridas, visto que já estão em andamento desde 2016 quando iniciou o estudo maior.

6.6 Orçamento

O Estudo maior está sendo financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates. Todo o projeto foi contemplado com o valor total de R\$ 499.379,80. Este projeto não irá gerar custos além dos gastos no projeto maior.

7. REFERÊNCIAS

- A.M. Cornish, C.A. McMahon, J.A. Ungerer, B. Barnett, N. Kowalenko, & d, C. T. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior & Development*, 28, 407-417.
- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2), 717-728. doi:10.1542/peds.2008-2816
- Ali, N. S., Mahmud, S., Khan, A., & Ali, B. S. (2013). 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*, 13, 274. doi:10.1186/1471-244x-13-274
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM - 5) (Artmed Ed. Vol. 5).
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(8), 937-944. doi:10.1080/00016340600697652
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. d. S., & Loureiro, S. R. (2006). Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 10, 113-125.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. (2015). Critério de classificação econômica Brasil. 2015.
- Bala, G., & Katic, R. (2009). Sex differences in anthropometric characteristics, motor and cognitive functioning in preschool children at the time of school enrolment. *Coll Antropol*, 33(4), 1071-1078.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, 288(6), 728-737.

Britton, J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatr*, 94(12), 1771-1776. doi:10.1080/08035250500192664

Cantell, M. H., Smyth, M. M., & Ahonen, T. P. (2003). Two distinct pathways for developmental coordination disorder: persistence and resolution. *Hum Mov Sci*, 22(4-5), 413-431.

de Kieviet, J. F., Piek, J. P., Aarnoudse-Moens, C. S., & Oosterlaan, J. (2009). Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis. *Jama*, 302(20), 2235-2242. doi:10.1001/jama.2009.1708

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210(5), 315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179

Fuentefria, R. D. N., Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2017). Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. *J Pediatr (Rio J)*, 93(4), 328-342. doi:10.1016/j.jped.2017.03.003

Garibotti, G., Comar, H., Vasconi, C., Giannini, G., & Pittau, C. (2013). Child psychomotor development and its relationship with socio-demographic and family stimulation factors in children from Bariloche, Argentina. *Arch Argent Pediatr*, 111(5), 384-390. doi:10.1590/s0325-00752013000500005
10.5546/aap.2013.384

Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 203, 292-331. doi:10.1016/j.jad.2016.05.033

Khandan, S., Riazi, H., Amir Ali Akbari, S., Nasiri, M., & Montazeri, A. (2018). Adaptation to maternal role and infant development: a cross sectional study. *J Reprod Infant Psychol*, 36(3), 289-301. doi:10.1080/02646838.2018.1437895

Losch, H., & Dammann, O. (2004). Impact of motor skills on cognitive test results in very-low-birthweight children. *J Child Neurol*, 19(5), 318-322. doi:10.1177/088307380401900502

Lung, F. W., Shu, B. C., Chiang, T. L., & Lin, S. J. (2011). Maternal mental health and childrearing context in the development of children at 6, 18 and 36 months: a Taiwan birth cohort pilot study. *Child Care Health Dev*, 37(2), 211-223. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01163.x

Madaschi, V., Mecca, T. P., Macedo, E. C., & Paula, C. S. (2016). Bayley-III Scales of Infant and Toddler Development: Transcultural Adaptation and Psychometric Properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26, 189-197.

Milanese, C., Bortolami, O., Bertucco, M., Verlato, G., & Zancanaro, C. (2010). Anthropometry and motor fitness in children aged 6-12 years. 2010, 5(2), 15. doi:10.4100/jhse.2010.52.14

Morley, D., Till, K., Ogilvie, P., & Turner, G. (2015). Influences of gender and socioeconomic status on the motor proficiency of children in the UK. *Hum Mov Sci*, 44, 150-156. doi:10.1016/j.humov.2015.08.022

Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 45-52. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01657.x

Piek, J. P., Dawson, L., Smith, L. M., & Gasson, N. (2008). The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Hum Mov Sci*, 27(5), 668-681. doi:10.1016/j.humov.2007.11.002

Prado, E. L., Abbeddou, S., Adu-Afarwuah, S., Arimond, M., Ashorn, P., Ashorn, U., . . . Dewey, K. G. (2017). Predictors and pathways of language and motor development in four prospective cohorts of young children in Ghana, Malawi, and Burkina Faso. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(11), 1264-1275. doi:10.1111/jcpp.12751

Santos, D. C., Gabbard, C., & Goncalves, V. M. (2001). Motor development during the first year: a comparative study. *J Genet Psychol*, 162(2), 143-153. doi:10.1080/00221320109597956

Schwanz, C. C. (2010). Depressão pós-parto materna e desenvolvimento motor de bebês no quarto mês de vida. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas.

Valentini, N. C., & Sacconi, R. (2012). Brazilian validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Phys Ther*, 92(3), 440-447. doi:10.2522/ptj.20110036

van Veen, J. F., Jonker, B. W., van Vliet, I. M., & Zitman, F. G. (2009). The effects of female reproductive hormones in generalized social anxiety disorder. *Int J Psychiatry Med*, 39(3), 283-295. doi:10.2190/PM.39.3.e

Venturella, C. B., Zanandrea, G., Sacconi, R., & Valentini, N. C. (2013). Desenvolvimento motor de crianças entre 0 e 18 meses de idade: Diferenças entre os sexos. *Motricidade*, 9, 3-12.

Weiss, L. G., Oakland, T., & Aylward, G. P. (2017). Bayley III Uso clínico e Interpretação (Vol. 1º). São Paulo: Pearson.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord*, 19(3), 295-311. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.001

Willrich, A., Azevedo, C. C. F., & Fernandes, J. O. (2009). Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Revista Neurociências*, 17(1), 51-56.

PARTE II**8.ARTIGO****TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL MATERNO E DESENVOLVIMENTO MOTOR
DOS FILHOS AOS 3 MESES DE IDADE****MATERNAL SOCIAL ANXIETY DISORDER AND MOTOR DEVELOPMENT OF
CHILDREN AT THREE-MONTH OF AGE**

Autores: Lidiane Aguiar Ferreira¹, Mariana Bonati de Matos²

1 – Mestranda em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas

e-mail: lidiane.af@hotmail.com

2- Professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas

e-mail: marianabonatidematos@gmail.com

Autor responsável pela correspondência e pelos contatos pré-publicações:

Nome: Mariana Bonati de Matos

Endereço: Rua Gonçalves Chaves 373 Sala: 411 Cep: 96015-560 Pelotas - RS

E-mail: marianabonatidematos@gmail.com

RESUMO

Objetivo

Associar o Transtorno de Ansiedade Social nos períodos pós-parto, fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade.

Método

Estudo transversal aninhado a uma coorte, de base populacional, que desde 2016 acompanha mulheres do período gestacional até o desenvolvimento do bebê aos 3 meses, na cidade de Pelotas/RS. Para avaliar a presença do Transtorno de Ansiedade Social materno foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* e, para avaliar o desenvolvimento motor dos filhos foram utilizados a *Bayley Scales of Infant Development III* e a *Infant Motor Scale of Alberta*. Além disso, foi aplicado um questionário para coletar informações maternas e de nascimento do bebê. As análises dos dados foram realizadas no programa estatístico SPSS 23.0 através de análise univariada e bivariada. Quanto a análise multivariada foi utilizada regressão linear múltipla.

Resultados

Menores escores em ambas as escalas de desenvolvimento motor dos filhos estiveram associados a prematuridade e baixo peso ao nascer das crianças. Porém o desenvolvimento motor não apresentou relação com a presença de Transtorno de Ansiedade Social materno aos três meses pós-parto.

Discussão

Nesta avaliação não foi observado prejuízo no desenvolvimento motor nos filhos de mãe com Transtorno de Ansiedade Social. Porém, este resultado não exclui a possibilidade de um impacto negativo na vida dos filhos em longo prazo, já que o psiquismo da criança ainda está em desenvolvimento, sugerindo assim a continuidade dos estudos.

Palavras-chave: transtorno de ansiedade social, desenvolvimento motor, ansiedade materna

ABSTRACT

Objective

The study aimed to associate Social Anxiety Disorder (SAD), environmental, and psychosocial factors to the motor development of infants at three months of age.

Method

Population-based cohort-nested cross-sectional study that follows a group of women from gestation up to three months of infant development in the municipality of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. We used Mini International Neuropsychiatric Interview Plus to evaluate mother's social anxiety disorder and Bayley Scales Infant Development III and Infant Motor Scale of Alberta to evaluate infant's motor development.

Results

We evaluated 672 dyads. Lower scores on both infants' motor development scales were associated with prematurity and low birth weight, but infants' motor development at three months after delivery was not related to mother social anxiety disorder.

Conclusion

No impairment in motor development was observed in infants of mothers suffering from social anxiety disorder, but this result does not exclude a negative influence in children's life in the long run, as infants' psyche is still developing, suggesting that further studies should be conducted to deepen this subject.

Keywords: Social Anxiety Disorder; motor development; maternal anxiety

INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento infantil ocorre de maneira dinâmica e é suscetível de ser moldado por inúmeros estímulos externos. A interação entre aspectos relacionados ao indivíduo, como suas características de base biológica, assim como o ambiente em que está inserido, são determinantes na aquisição e refinamento de diferentes habilidades do desenvolvimento ²⁰.

O desenvolvimento motor pode ser entendido como um processo sequencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, pelo qual a criança adquire uma série de habilidades motoras, as quais progredem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas, onde acontecem mudanças na postura e nos movimentos da criança. Divide-se em desenvolvimento motor fino e motor grosso: o primeiro envolve, principalmente, nos primeiros meses de vida, movimentos das mãos e dedos, como segurar objetos, o movimento dos olhos, da cabeça, entre outros. Enquanto o segundo abrange a movimentação da criança com relação a gravidade, como a sustentação da cabeça, sentar, engatinhar, caminhar, equilibrar-se, entre outros movimentos ³².

A literatura tem demonstrado que, embora a maioria dos bebês siga uma sequência no desenvolvimento motor típica para cada idade, o modo pelo qual essas habilidades se desenvolvem podem ser diferentes e o ambiente é um grande influenciador nesse processo, pois é a partir dele que serão oferecidos estímulos mais ou menos adequados para o desenvolvimento da criança, através da interação, da brincadeira e da troca gerada ^{3,18}. Nesse contexto, diversos fatores podem colocar em risco o curso normal do desenvolvimento motor de uma criança ⁴. Dentre as principais características associadas ao atraso motor encontram-se: ser do sexo masculino, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixo nível econômico, menor escolaridade materna e a presença de transtornos psiquiátricos maternos como ansiedade e depressão ^{1,2,16,18,20,33}.

No que se refere a saúde mental materna, o período pos-parto é suscetível para o desenvolvimento de transtornos ansiosos, pois as mulheres experienciam alterações físicas, psicológicas e de rotina. Evidências sugerem que a ansiedade pós-parto é comum entre as puérperas e podem até ser mais comuns do que depressão ²⁷.

Dentre os transtornos ansiosos, destaca-se o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e seu prejuízo na interação social materna, visto que os estímulos passados para o bebê podem ser limitados devido a essa principal característica. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª (DSM-V), o TAS é caracterizado pela dificuldade de interação social e pelo medo do julgamento, pois quando exposto a essas situações sociais, o indivíduo teme ser avaliado negativamente pelos outros ³⁴. A prevalência de TAS na população em geral dos Estados Unidos é de 7% e na Europa a prevalência fica por volta de 3% ³⁴. No Brasil, não foram encontrados estudos epidemiológicos que apresentassem esta prevalência na população em geral. Wenzel et al. (2005) encontraram uma prevalência de 4% de TAS em uma amostra de mulheres no pós-parto ²⁵. Em uma revisão sistemática de Goodman et al.(2016), os autores relataram que as prevalências de TAS no pós-parto de cinco estudos variaram de 0,2% a 5,1% .

Nesse contexto, uma mãe com TAS poderá evitar situações sociais e, por consequência, limitar as interações de seu filho com o ambiente, o que poderá trazer prejuízos para o seu desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento motor. Um estudo recente de Khandan et al (2018), os autores encontraram uma correlação negativa entre a ansiedade materna e os escores de desenvolvimento motor grosso, indicando que quanto maior a ansiedade materna, pior o desenvolvimento dos filhos. Já uma revisão sistemática realizada por Kingston et al. (2012) encontrou que a ansiedade materna não esteve associada ao desenvolvimento motor dos filhos, quando controlada para outros fatores de confusão. Apesar disso, não foram encontrados estudos que investigaram a relação do TAS materno com o

desenvolvimento motor dos filhos, sugerindo a necessidade de uma maior investigação sobre o tema.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi associar o TAS materno, bem como fatores ambientais, psicossociais e biológicos ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo maior de coorte intitulado “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”, realizado com mães e seus filhos aos 3 meses de vida. Para a captação da amostra do estudo maior, foram listados os 488 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas de acordo com o Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE) através da malha do Censo de 2010. Destes, foram sorteados 244 setores (50% do total) para receber a visita de entrevistadores que foram em busca de mulheres grávidas entre os dois primeiros trimestres gestacionais, posteriormente convidadas a participar do estudo.

Foram incluídas no estudo gestantes que estavam entre os dois primeiros trimestres de gestação e que residiam em um dos setores sorteados. Para este estudo, foram avaliadas todas as mães e seus filhos aos três meses de vida que faziam parte deste acompanhamento e que aceitaram participar desta etapa. Foram excluídas mães com alguma incapacidade cognitiva ou física, que impossibilitaram a compreensão dos questionários aplicados.

Os dados foram obtidos através da avaliação da mãe e do bebê, noventa dias após o parto, onde foi realizada a avaliação do desenvolvimento infantil dos bebês aos três meses de idade e da saúde mental materna. As avaliações foram realizadas em uma sala neutra de estímulos e estruturada, nas dependências da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Os

questionários foram aplicados por estudantes de graduação, previamente treinados. As avaliações do desenvolvimento infantil foram realizadas por psicólogas e fisioterapeutas que também receberam treinamento prévio.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário composto por variáveis como: idade (até 23 anos/entre 24 e 29 anos/30 anos ou mais); escolaridade em anos em estudo (de 0 a 3 anos/4 a 7 anos/8 a 10 anos/11 anos ou mais); sexo do bebê (masculino/feminino); peso ao nascer (peso normal $\geq 2.500\text{g}$ / baixo peso $< 2.500\text{g}$); prematuridade – até 36 semanas (não/sim); possui contato com outras crianças (não/sim); vive com companheiro (não/sim); apoio do pai para cuidar do bebê (não/sim) e tem irmãos (não/sim).

A classificação econômica das participantes foi realizada através dos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que se baseia no acúmulo de bens materiais, condições de moradia e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra os indivíduos em cinco níveis (A, B, C, D e E), nos quais “A” se refere a classes econômicas mais altas e “E” as mais baixas.³⁰

Para o diagnóstico do TAS e do Episódio Depressivo Maior (EDM) no pós-parto foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (MINI PLUS), que se trata de uma entrevista diagnóstica, estruturada, baseada nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10). A MINI PLUS é dividida em 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e transtorno de personalidade anti-social. Foram utilizados o módulo “G” (Transtorno de Ansiedade Social) que investiga o diagnóstico de TAS e o módulo “A” (Episódio Depressivo Maior) para o diagnóstico de EDM. As opções de resposta para cada questão são dicotômicas (sim/não) que ao final de cada módulo indicam a presença ou ausência do transtorno investigado³¹.

Para avaliação do desenvolvimento motor, foi utilizada a *Bayley Scale of Infant and Toddler Development III* (BSID-III), que avalia o desenvolvimento de crianças de 0-42

meses de idade. É composta por cinco escalas dos diferentes domínios do desenvolvimento infantil: cognição, linguagem (receptiva e expressiva), motor (amplo e fino), socio-emocional e comportamento adaptativo. Neste estudo, foi utilizado somente o domínio do desenvolvimento motor. A subescala motora ampla avalia como a criança movimenta seu corpo em relação à gravidade e é composta de 72 itens. A subescala motora fina avalia como a criança usa suas mãos e dedos para fazer algo, composta de 66 itens. Por fim, é gerado um escore bruto para o desenvolvimento motor geral, que é transformado em ponderado de acordo com a idade da criança e ajustado para a prematuridade. Para este estudo, foi utilizado o escore composto tratado de forma contínua para as análises, visto que não há estudos que determinem o ponto de corte para a população brasileira. O escore composto pode variar de 46 até 154, indicando que quanto maior o escore, melhor o desenvolvimento motor da criança³⁵.

Para avaliação do desenvolvimento motor amplo foi utilizada a *Infant Motor Scale of Alberta (AIMS)*, que é um instrumento observacional da motricidade ampla, que avalia a sequência do desenvolvimento motor e o controle da musculatura antigravitacional nas posturas prono, supino, sentado e de pé, de crianças a termo e pré-termo. É composta por 58 itens agrupados em quatro subescalas (prono, supino, sentado e em pé) que descrevem a movimentação espontânea e as habilidades motoras. O examinador observa a criança, levando em consideração aspectos da superfície do corpo que sustenta o peso, a postura e os movimentos antigravitacionais. Para a pontuação, foi utilizado o percentil onde a pontuação mínima é 0 e a máxima 99¹⁴.

Após a codificação dos instrumentos, foi realizada dupla digitação dos dados no programa EpiData 3.1 para testes de inconsistências na digitação. A análise descritiva foi obtida através de frequência simples e relativa e média com desvio padrão, de acordo com os tipos de variáveis. Para a análise bivariada, foram utilizados *Test-T de Student* e ANOVA para comparação das médias entre os grupos. Todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

na análise bivariada, foram levadas para análise multivariada para o ajuste de possíveis fatores de confusão ³⁶. São elas: idade, escolaridade, classe social, sexo do bebê, peso ao nascer, prematuridade, possui contato com outras crianças, baixo peso ao nascer, TAS e EDM. A análise multivariada foi realizada através de Regressão Linear, e todas as análises foram realizadas no programa estatístico SPSS 23.0.

Quantos aos aspectos éticos, o estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPEL pelo número 47807915.4.0000.5339. Todas as gestantes que aceitaram participar do estudo e que eram maiores de 18 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que autorizava a sua participação e de seu filho no estudo. Já as gestantes menores de idade tiveram um responsável pela assinatura do TCLE. Aquelas que apresentaram diagnóstico de TAS foram encaminhadas para atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua residência ou para o Campus de Saúde da UCPEL. Já aquelas que apresentaram EDM atual foram encaminhadas para psicoterapia que fazia parte do estudo maior. Além disso todas mães receberam um livreto explicativo, baseado na caderneta de vacinação, onde haviam sugestões de como estimular seus filhos e o que era esperado para cada idade, a devolução da avaliação era feita de forma individual **(anexo H)**.

RESULTADOS

Foram avaliadas 672 díades mãe-bebê. A maior parte da amostra foi composta por mães com 30 anos ou mais (36,8%), com 11 anos ou mais de estudo (58,0%), da classe econômica C (54,3%), 14,6% não viviam com companheiro e 14,3% relataram não ter apoio do pai para cuidar do bebê. Os filhos eram na maioria do sexo feminino (52,2%), sendo que 9,3% nasceram com baixo peso (<2.500g) e 12,0% prematuros. Além disso, 7,2% não tinham contato com outras crianças e 13,0% não tinham irmãos, de acordo com o relato das mães.

Com relação a saúde mental materna, 3,6% das mulheres apresentaram TAS noventa dias após o parto. As médias do desenvolvimento motor dos bebês aos três meses de idade avaliadas através da BSID-III e da AIMS foram respectivamente 104,0 ($\pm 13,5$) e 55,0 ($\pm 25,8$) (**tabela 1**).

Na análise bivariada, as variáveis idade, classe econômica, peso ao nascer, prematuridade, possuir contato com outras crianças, ter irmãos, diagnóstico de EDM e TAS apresentaram $p < 0,20$ na associação com o desenvolvimento motor, tanto na avaliação utilizando a BSID-III como na AIMS. Exceto a variável EDM que apresentou associação somente com o desenvolvimento motor avaliado através da BSID-III e a variável vive com companheiro que apresentou associação somente na avaliação através da AIMS (**tabela 1**).

Na análise multivariada, após o controle para possíveis fatores de confusão, mantiveram-se associadas ao desenvolvimento motor em ambas escalas (BSID-III e AIMS) as variáveis prematuridade, baixo peso ao nascer e ter irmãos ($p < 0,05$). Já a variável classe econômica se manteve associada apenas com o desenvolvimento motor na avaliação pelo BSID-III e os bebês que pertenciam as classe econômicas mais altas (A, B e C) apresentar aumento de 1,7 (IC 95% 0,1;3,3) pontos na média quando comparados aos bebês de classe social mais baixa (D e E). No que se refere à BSID-III, os bebês prematuros apresentaram uma diminuição de 7,7 (IC 95% -11,3; 4,0) pontos na média do desenvolvimento motor quando comparados aos bebês não prematuros. Na mesma direção, na avaliação com a AIMS, os bebês prematuros apresentaram uma diminuição de 7,9 (IC 95% -11,7; -4,3) pontos na média do desenvolvimento motor quando comparados aos bebês que nasceram a termo. Além disso, os bebês com baixo peso ao nascer apresentaram uma diminuição de 8,2 (IC 95% -12,3; 4,0) pontos na média da BSID-III quando comparados aos bebês que nasceram com peso normal. Já na avaliação da AIMS, os bebês com baixo peso tiveram uma diminuição de 8,2 (IC 95% -12,4; -4,1) pontos na média do desenvolvimento motor comparados aos bebês que não nasceram com baixo peso. Os bebês que tinham irmãos, apresentaram diminuição

de 2,4 (IC 95% -4,6;-0,2) na média da BSID-III quando comparados aos bebês que não tinham irmãos, já na avaliação pela AIMS a diminuição na média foi de 2,3 (IC 95% -4,5;-0,1). As variáveis idade, classe social, viver com companheiro, apoio do pai para cuidar da criança, possuir contato com outras crianças, EDM e TAS não se mantiveram associadas ao desenvolvimento motor dos bebês. ($p>0,05$) (**tabela 2**).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi associar o TAS materno ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade. No estudo de Wenzel et al (2005) foi encontrada uma prevalência de 4,1% de TAS em uma amostra de 147 mulheres no pós-parto, sendo que destas, 2,7% iniciaram os sintomas neste período ²⁵.

As variáveis prematuridade e baixo peso ao nascer, apresentaram associação com o desenvolvimento motor. Estes achados corroboram com a literatura, sobre os prejuízos que a prematuridade gera no desenvolvimento motor, o que pode indicar que o desenvolvimento nestas crianças ocorre de forma mais lenta, necessitando de mais estímulos ^{11,37}. A variável possuir irmão(os) também mostrou associação com o desenvolvimento motor na amostra estudada, os bebês que tinham irmãos apresentaram diminuição na média do desenvolvimento motor. Um estudo de Koutra et al. (2012) relatou pior desempenho motor bruto em bebês com irmãos, assim como o estudo de Cruise e OReilly (2014) que encontraram desempenho significativamente pior nas médias motoras em bebês com irmãos mais velhos em comparação com aqueles sem irmãos ^{38,39}. Este achado pode ser justificado pelo fato de ter outros irmãos resultar em um ambiente com interações pobres e poucas oportunidades de participar de atividades de aprendizagem devido a falta tempo dos pais para estimulação ⁴⁰. A classe social também apresentou associação com o desenvolvimento motor, mostrando que os bebês de classes sociais mais baixas apresentavam uma menor média no

desenvolvimento motor, o que corrobora com a literatura. Um estudo de Morley et al. (2015) encontrou que crianças de baixa classe social apresentaram um menor desempenho no desenvolvimento motor quando comparadas a crianças de classes sociais mais altas ⁴¹.

Quanto ao objetivo principal deste estudo, nossa hipótese foi de que os filhos de mães com TAS apresentariam menor pontuação com relação ao desenvolvimento motor quando comparados aos filhos de mães sem o transtorno. Ao contrário disso, encontramos que o TAS não apresentou associação significativa com o desenvolvimento motor aos três meses de idade. Não temos conhecimento de estudos que tenham investigado o efeito do TAS materno no desenvolvimento da criança, dificultando assim possíveis comparações. Entretanto, os sintomas psicológicos maternos têm sido frequentemente descritos na literatura como um fator de impacto negativo no desenvolvimento dos bebês, variando de acordo com os fatores de risco maternos, como piores condições sócio-econômicas e nível educacional precário dos pais ^{17,28,42}.

Uma revisão sistemática de Kingston et al. (2012) verificou a associação de sintomas psiquiátricos maternos pré- e pós-parto com o desenvolvimento global, comportamental, cognitivo, socioemocional e psicomotor dos bebês. Os autores encontraram que dos setes estudos identificados que avaliaram a relação entre ansiedade materna pós-parto e desenvolvimento motor, dois deles não apresentaram resultado significativo, sendo que um deles foi avaliado nos primeiros doze meses de vida. Além disso, de acordo com os autores, a associação dos sintomas psiquiátricos com o atraso psicomotor foi menor em estudos que controlaram para potenciais fatores de confusão. Nesse sentido, Kingston et al. (2012) sugere que existem outros fatores que podem ser mais determinantes no desenvolvimento motor infantil ⁴³.

Desta forma, uma mãe com TAS possivelmente restringiria a inserção social de seu filho, devido as características do transtorno, podendo influenciar no desenvolvimento motor futuro, visto que a criança teria menos estímulos e oportunidade de explorar o ambiente e o mundo a seu redor. Entretanto, em um período precoce do desenvolvimento, como aos três

meses de vida, os reflexos dessa restrição podem ainda não ser tão evidentes, visto que nessa fase a forma da criança explorar o mundo é através da relação com a mãe, não sendo tão impactante para o seu desenvolvimento que a criança estabeleça uma relação mais restrita à figura materna nessa fase.

De acordo com o exposto, ressalta-se a importância de investigar a influência dos transtornos mentais maternos, principalmente no período pós-parto onde há maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de tais. Visto que o ambiente familiar pode influenciar diretamente no desenvolvimento motor da criança, pois é nele que acontecem as primeiras experiências de vida e é através dele que as crianças começam a explorar, sentir e conhecer o mundo a sua volta, se tornando pertinente pensar e investigar a qualidade do ambiente, em que muitas vezes a mãe é a figura principal.

Destaca-se a importância da realização de uma avaliação do desenvolvimento motor nos primeiros meses de vida, em um estudo de base populacional, permitindo que estratégias e intervenções sejam elaboradas com a finalidade de evitar ou diminuir danos ao longo da vida.

Nesta avaliação foi observado prejuízo no desenvolvimento motor nos filhos de mãe com TAS, mas não foram estatisticamente significativos. Porém, este resultado não exclui a presença de um impacto negativo na vida dos filhos a longo prazo, já que o psiquismo da criança ainda está em desenvolvimento e já se sabe o quão importante são os estímulos desde o nascimento. Assim, sugere-se a realização de novos estudos ou o acompanhamento de crianças ao longo da primeira infância, para que se possa observar se prejuízos no desenvolvimento motor podem ser observados nas idades posteriores.

REFERÊNCIAS

1. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Revista Neurociências*. 2009;17(1):51-56.
2. Khandan S, Riazi H, Amir Ali Akbari S, Nasiri M, Montazeri A. Adaptation to maternal role and infant development: a cross sectional study. *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(3):289-301.
3. Santos DC, Gabbard C, Goncalves VM. Motor development during the first year: a comparative study. *J Genet Psychol*. 2001;162(2):143-53.
4. Weiss LG, Oakland T, Aylward GP. *Bayley III Uso clínico e Interpretação*. São Paulo: Pearson; 2017.
5. Schwanz CC. Depressão pós-parto materna e desenvolvimento motor de bebês no quarto mês de vida. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2010.
6. de Kieviet JF, Piek JP, Aarnoudse-Moens CS, Oosterlaan J. Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis. *Jama*. 2009;302(20):2235-42.
7. Bala G, Katic R. Sex differences in anthropometric characteristics, motor and cognitive functioning in preschool children at the time of school enrolment. *Coll Antropol*. 2009;33(4):1071-8.
8. Milanese C, Bortolami O, Bertucco M, Verlatto G, Zancanaro C. Anthropometry and motor fitness in children aged 6-12 years. *2010*. 2010;5(2):15.
9. Morley D, Till K, Ogilvie P, Turner G. Influences of gender and socioeconomic status on the motor proficiency of children in the UK. *Hum Mov Sci*. 2015;44:150-6.
10. Piek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Hum Mov Sci*. 2008;27(5):668-81.
11. Losch H, Dammann O. Impact of motor skills on cognitive test results in very-low-birthweight children. *J Child Neurol*. 2004;19(5):318-22.
12. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*. 2002;288(6):728-37.
13. Aarnoudse-Moens CS, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J. Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*. 2009;124(2):717-28.
14. Valentini NC, Sacconi R. Brazilian validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Phys Ther*. 2012;92(3):440-7.
15. Fuentesfria RDN, Silveira RC, Procianny RS. Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(4):328-342.

16. Lung FW, Shu BC, Chiang TL, Lin SJ. Maternal mental health and childrearing context in the development of children at 6, 18 and 36 months: a Taiwan birth cohort pilot study. *Child Care Health Dev.* 2011;37(2):211-23.
17. 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;13:274.
18. Garibotti G, Comar H, Vasconi C, Giannini G, Pittau C. Child psychomotor development and its relationship with socio-demographic and family stimulation factors in children from Bariloche, Argentina. *Arch Argent Pediatr.* 2013;111(5):384-90.
19. Prado EL, Abbeddou S, Adu-Afarwuah S, Arimond M, Ashorn P, Ashorn U, Bendabenda J, Brown KH, Hess SY, Kortekangas E, Lartey A, Maleta K, Oaks BM, Ocansey E, Okronipa H, Ouedraogo JB, Pulakka A, Some JW, Stewart CP, Stewart RC, Vosti SA, Yakes Jimenez E, Dewey KG. Predictors and pathways of language and motor development in four prospective cohorts of young children in Ghana, Malawi, and Burkina Faso. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(11):1264-1275.
20. A.M. Cornish, C.A. McMahon, J.A. Ungerer, B. Barnett, N. Kowalenko, d CT. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior & Development* 2005;28:407-417.
21. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta Paediatr.* 2005;94(12):1771-6.
22. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(8):937-44.
23. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(5):315-323.
24. Angélico AP, Crippa JAdS, Loureiro SR. Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. *Interação em Psicologia.* 2006;10:113-125.
25. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord.* 2005;19(3):295-311.
26. van Veen JF, Jonker BW, van Vliet IM, Zitman FG. The effects of female reproductive hormones in generalized social anxiety disorder. *Int J Psychiatry Med.* 2009;39(3):283-95.
27. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;203:292-331.
28. 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.
29. Cantell MH, Smyth MM, Ahonen TP. Two distinct pathways for developmental coordination disorder: persistence and resolution. *Hum Mov Sci.* 2003;22(4-5):413-31.

30. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. Critério de classificação econômica Brasil. 2015.; 2015.
31. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-115.
32. Madaschi V, Mecca TP, Macedo EC, Paula CS. Bayley-III Scales of Infant and Toddler Development: Transcultural Adaptation and Psychometric Properties. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016;26:189-197.
33. Venturella CB, Zanandrea G, Saccani R, Valentini NC. Desenvolvimento motor de crianças entre 0 e 18 meses de idade: Diferenças entre os sexos. *Motricidade*. 2013;9:3-12.
34. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM - V)*; 2013.
35. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development III. *San Antonio: Harcourt Brace*. 2006.
36. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997 Feb;26(1):224-7. doi: 10.1093/ije/26.1.224. 1997.
37. Ribeiro CdC, Pachelli MRdO, Amaral NCdO, Lamônica DAC. Habilidades do desenvolvimento de crianças prematuras de baixo peso e muito baixo peso. *CoDAS*. 2017;29.
38. Cruise S, O'Reilly D. The influence of parents, older siblings, and non-parental care on infant development at nine months of age. *Infant Behavior and Development*. 2014;37:546-555.
39. Koutraa K, Chatzi L, Roumeliotaki T, Vassilak M, Giannakopoulou E, Batsos C, Koutis A, Kogevinas M. Socio-demographic determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age: Mother-Child Cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Infant Behavior and Development*. 2012;35:48-59.
40. Pereira KR, Valentini NC, Saccani R. Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. *Pediatr Int*. 2016 Dec;58(12):1297-1306. doi: 10.1111/ped.13021. Epub 2016 Sep 5. 2016.
41. Morley D, Till K, Ogilvie P, Turner G. Influences of gender and socioeconomic status on the motor proficiency of children in the UK. *Hum Mov Sci*. 2015 Dec;44:150-6. doi: 10.1016/j.humov.2015.08.022. Epub 2015 Sep 8. 2015.
42. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2006 Mar;9(1):65-83. doi: 10.1007/s10567-006-0004-2.
43. Kingston D, Tough S, Whitfield H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Oct;43(5):683-714. doi: 10.1007/s10578-012-0291-4. 2012.

Tabela 1: Características de mães e seus filhos 90 dias após o parto, na cidade de Pelotas, RS.

Variáveis	N (%)	Desenvolvimento motor (BSID-III)		Desenvolvimento motor (AIMS)	
		média (± dp)	p-valor	média (± dp)	p-valor
Idade			0,013		0,057
Até 23 anos	210 (31,3)	106,0 (14,1)		57,3 (27,0)	
Entre 24 e 29 anos	215 (32,0)	104,0 (12,7)		56,2 (25,4)	
30 anos ou mais	247 (36,8)	102,2 (13,7)		52,0 (25,0)	
Escolaridade (anos estudo)			0,736		0,242
De 0 a 3 anos	16 (2,4)	107,4 (11,3)		61,4 (24,0)	
4 a 7 anos	128 (19,0)	104,2 (13,8)		56,9 (27,9)	
8 a 10 anos	138 (20,5)	104,0 (13,9)		57,2 (27,5)	
11 anos ou mais	390 (58,0)	103,7 (13,4)		53,3 (24,5)	
Classe econômica			0,020		0,037
A+B	185 (28,1)	101,7 (13,7)		52,1 (26,0)	
C	358 (54,3)	104,9 (13,5)		55,3 (25,3)	
D+E	116 (17,6)	105,2 (13,1)		60,0 (25,9)	
Vive com companheiro			0,602		0,123
Não	98 (14,6)	104 (13,2)		59,0 (27,4)	
Sim	574 (85,4)	103,9 (13,6)		54,3 (25,5)	
Apoio para cuidar do bebê			0,472		0,334
Não	199 (34,4)	104,9 (14,3)		57,2 (26,1)	
Sim	379 (65,6)	104,1 (12,5)		55,0 (25,7)	
Tem irmãos			0,018		0,005
Não	270 (40,3)	105,5 (13,0)		58,4 (24,9)	
Sim	400 (59,7)	103,0 (13,8)		52,7 (26,2)	
Possui contato com outras crianças			0,008		0,122
Não	48 (7,2)	101,0 (14,6)		49,4 (24,3)	
Sim	622 (92,8)	104,2 (13,4)		55,4 (26,0)	
Sexo do bebê			0,630		0,754
Masculino	320 (47,8)	103,7 (±12,5)		54,7 (26,0)	
Feminino	350 (52,2)	104,2 (±14,4)		55,3 (25,9)	
Peso ao nascer			<0,001		<0,001
Peso normal (≥2500g)	606 (90,7)	105,2 (±12,6)		56,8 (25,0)	
Baixo peso (<2500g)	62 (9,3)	91,2 (±15,1)		37,7 (27,3)	
Prematuridade (até 36 semanas e 6 dias)			<0,001		<0,001
Não	584 (88,0)	105,5 (±12,7)		57,2 (25,0)	
Sim	80 (12,0)	92,6 (±13,9)		38,9 (27,0)	
Episódio Depressivo Maior Materno			0,008		0,343
Não	618 (92,0)	104,3 (±13,2)		55,2 (25,8)	
Sim	54 (8,0)	99,2 (±15,6)		51,9 (26,8)	
Transtorno de Ansiedade Social Materno			0,123		0,147
Não	648 (96,4)	104,1 (±13,3)		55,2 (25,9)	
Sim	24 (3,6)	99,7 (±16,9)		47,5 (24,9)	
Total	672 (100,0)	104,0 (13,5)	-	55,0 (25,8)	-

Tabela 2: Análise multivariada com controle para possíveis fatores de confusão.

Varáveis	Desenvolvimento motor (Bayley)			Desenvolvimento motor (Alberta)		
	β	IC 95%	p-valor	β	IC 95%	p-valor
Idade (até 23 anos*)	-0,4	-1,8; 0,9	0,524	-0,6	-2,0;0,7	0,373
Classe social (D+E*)	1,7	0,8;3,3	0,040	1,5	-0,9; 3,1	0,064
Prematuridade (Não*)	-7,7	-11,3; 4,0	<0,000	-7,9	-11,7; -4,2	<0,000
Baixo peso ao nascer (Peso normal ($\geq 2500g^*$))	-8,2	-12,3; 4,0	<0,000	-8,2	-12,4; -4,1	<0,000
Episódio depressivo maior (Não*)	-3,0	-7,0; 0,8	0,123	-	-	-
Possui contato com outras crianças (Sim*)	3,4	-0,4; 7,3	0,081	3,4	-0,4; 7,4	0,080
Transtorno de ansiedade social (Não*)	-1,9	-7,4; 3,6	0,488	-3,1	-8,6; 2,1	0,245
Tem irmãos(Sim*)	-2,3	-4,6;-0,2	0,036	-2,3	-4,6;-0,1	0,037
Vive com companheiro (Sim*)	-	-	-	0,4	-2,4;3,3	0,776

*Categoria de referência

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo associar TAS, assim como fatores ambientais e psicossociais, ao desenvolvimento motor dos filhos aos três meses de idade. Encontramos como resultados que menores escores em ambas as escalas de desenvolvimento motor dos filhos estiveram associados a prematuridade e baixo peso ao nascer das crianças. Porém o desenvolvimento motor não apresentou relação com a presença de TAS materno aos três meses de idade.

Após a qualificação do projeto, foram realizadas modificações quanto aos objetivos e hipóteses. Uma das principais mudanças foi a inclusão de novos domínios que seriam possíveis fatores de confusão. Todas as mudanças tiveram o objetivo de melhorar a qualidade do artigo.

Sendo assim, este estudo pôde demonstrar a importância de estudar fatores que podem vir a influenciar no desenvolvimento infantil. Não foi possível observar prejuízos na faixa etária dos três meses, mas não é descartado o prejuízo a longo prazo, ressaltando assim a importância da continuidade dos estudos nas idades posteriores dos filhos.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53) 2128-8246

Você está sendo convidada a participar como voluntária e autorizar a participação de seu bebê, da pesquisa “Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar”.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe. A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

Eu, ___, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar deste estudo. Declaro também aceitar que meu/minha filho(a) _____ participe da avaliação.

Pelotas, _____ de ___ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a)

Assinatura da Participante

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Pesquisador Responsável: Ricardo Tavares Pinheiro

Contatos: E-mail: gravidezcuidadabebesaudavel@gmail.com; Telefones: (53) 2128-8246

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas para prevenir e tratar a depressão gestacional e do pós-parto, e identificar fatores que possam estar alterados no sangue e que se relacionem aos transtornos psiquiátricos. Dessa forma procura-se uma alternativa mais eficaz para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão gestacional, pós-parto e do desenvolvimento da criança.

PROCEDIMENTOS

Você será avaliada por testes psicológicos e será coletada pequena amostra de sangue da veia do seu braço no primeiro e segundo trimestre da gestação, assim como noventa dias após o nascimento do seu bebê. Nesta ocasião também será realizada avaliação sobre o desenvolvimento do seu bebê e coleta de pequena quantidade de saliva dele. Após as mulheres que apresentarem risco ou depressão serão divididas em dois grupos de psicoterapia.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Será utilizado material totalmente descartável evitando riscos de contaminação e a coleta realizada por equipe treinada. Em caso de vermelhidão ou desconforto local, você pode entrar em contato a qualquer momento com o pessoal de nossa equipe. A participação no estudo pode trazer riscos ao perceber que apresenta depressão gestacional e/ou pós-parto, assim como na coleta do sangue. Sobre saber que apresenta depressão ou risco para depressão, isso poderá lhe trazer o benefício de ser tratada pela equipe da pesquisa. O sangue e a saliva do bebê ficarão armazenados em freezer para análises clínicas posteriores.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SEGREDO:

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar sua participação ou de seu filho(a), assim como interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não lhe trará qualquer prejuízo. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade em segredo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o responsável pela pesquisa e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO E RESSARCIMENTO:

A participação no estudo não lhe trará despesas, mas também não haverá nenhum tipo de pagamento.

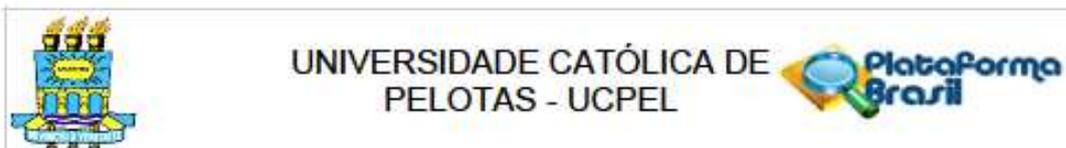
Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que autorizo e concordo com a participação de _____, neste estudo, assim como seu/sua filho(a) _____ participe da avaliação.

Pelotas, _____ de _____ de 201__.

Assinatura Entrevistador(a)

Assinatura do Responsável

Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Transtornos neuropsiquiátricos maternos no ciclo gravídico-puerperal: detecção e intervenção precoce e suas consequências na tríade familiar

Pesquisador: RICARDO TAVARES PINHEIRO

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 47807915.4.0000.5339

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pelotas - UCPel

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.653

Apresentação do Projeto:

O projeto está organizado em subprojetos: (i) um estudo de coorte para ampliar a compreensão dos determinantes psicossociais na depressão gestacional e pós-parto e a abrangência da influência dos fatores psicossociais da mãe sobre o desenvolvimento neurocognitivo da criança; e (ii) dois ensaios clínicos randomizados (ECR) para avaliar a eficácia de modelos de intervenção psicossocial para prevenção do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no pós-parto, bem como no tratamento do TDM no período gestacional e no pós-parto.

O projeto na sua proposta inicial foi aprovado pelo Comitê de Ética em agosto de 2016.

A solicitação em pauta diz respeito a inclusão nos objetivos do projeto dos quatro adendos abaixo relacionados:

1) Avaliar a prevalência do aparecimento de transformações cutâneas em mulheres no período da gestação e do pós-parto, assim como o impacto causado pelas mesmas. As transformações serão

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412		
Bairro: Centro		CEP: 96.010-000
UF: RS	Município: PELOTAS	
Telefone: (53)2128-8023	Fax: (53)2128-8298	E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

rotineiramente preconizadas no acompanhamento pre e perinatal. O princípio da beneficência é fortalecido com a garantia de realização destas medidas preconizadas, as quais nem sempre efetivadas pelo SUS em tempo hábil.

O TCLE empregado no projeto faz parte da documentação fornecida e as quatro medidas incluídas já estão cobertas pelo caráter amplo do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se caracteriza por significativa relevância, tanto pela modernidade e importância das medidas previstas, como também pelo o objetivo de criar instrumentos mais eficazes para lidar com a TDM e a saúde do bebê.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram contemplados na documentação do projeto e estão de acordo com o recomendado.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é atual, de grande significado social e com objetivos relevantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_784477 E1.pdf	30/08/2018 10:01:49		Aceito
Outros	Adendogates.pdf	30/08/2018 09:56:56	RICARDO TAVARES PINHEIRO	Aceito
Outros	cep_rtp_justificativa.pdf	31/07/2015 17:10:51		Aceito
Outros	MOTOR SCALE.pdf	30/07/2015 19:45:48		Aceito
Outros	MINI 500 Plus (1).pdf	30/07/2015 19:38:48		Aceito
Outros	Instrumento Gates MOCA.pdf	30/07/2015 19:34:51		Aceito
Outros	Instrumento GATES.pdf	30/07/2015 19:29:25		Aceito

Endereço: Rua Felx da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8296

E-mail: cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.729.653

Outros	declar serv psiquiatria.pdf	30/07/2015 09:35:34		Aceito
Outros	Carta_de_Apresentação_Ricardo_Pinheiro.pdf	30/07/2015 09:32:12		Aceito
Folha de Rosto	Comite_de_ética_Ricardo_Pinheiro (1).pdf	30/07/2015 09:31:04		Aceito
Outros	Professores e link do lattes.pdf	30/07/2015 09:30:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Gattes CEP.pdf	29/07/2015 23:30:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Gattes.pdf	29/07/2015 23:28:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
Sandro Schreiber de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8023

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.tche.br

Anexo D – Questionário primeira etapa



BILL & MELINDA
GATES foundation



Quest _____ N° do setor: _____ N° cartão do SUS: ____
 N° CPF: _____
 Nome da gestante: _____
 Nome do pai do bebê: _____
 Telefones: _____ - _____
 Endereço: _____
 Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Data de aplicação: __/__/_____

Vou lhe fazer algumas perguntas gerais:

1. Qual a sua idade? _____ anos
2. Qual a sua data de nascimento? ____/____/_____
3. Qual o seu estado civil?

(0) Solteira	(1) Casada/vive companheiro
(2) Separada ou divorciada	(3) Viúva
4. Até que série você completou na escola? ___ série ___ grau
5. Além de você, quantas pessoas moram na sua casa? ___ pessoas
6. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa, incluindo você?

a) Pessoa 1 _____ reais
b) Pessoa 2 _____ reais
c) Pessoa 3 _____ reais
d) Pessoa 4 _____ reais
e) Pessoa 5 e 6 (se mais pessoas somar as rendas dos últimos) _____ reais
7. Você recebe bolsa família? (0) Não (1) Sim
8. Até que série o/a chefe (pessoa com maior renda) da família completou na escola?
 ___ série ___ grau

9. O chefe da família é (que você considera)?

(0) mulher (1) homem (2) ambos

10. Na sua casa tem:

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
10a. Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
10b. Rádio	0	1	2	3	4 ou +
10c. Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
10d. Empregados domésticos	0	1	2	3	4 ou +
10e. Automóveis	0	1	2	3	4 ou +
10f. Microcomputador	0	1	2	3	4 ou +
10g. Lava Louça	0	1	2	3	4 ou +
10h. Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
10i. Freezer	0	1	2	3	4 ou +
10j. Lava Roupa	0	1	2	3	4 ou +
10k. Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
10l. Microondas	0	1	2	3	4 ou +
10m. Motocicleta	0	1	2	3	4 ou +
10n. Secadora de Roupa	0	1	2	3	4 ou +

11. Você tem água encanada em casa? (0) Não (1) Sim

12. Rua pavimentada (entrevistador observar)? (0) Não (1) Sim

13. Você trabalha em casa para fora ou trabalha fora de casa? (0) Não (1) Sim

Anexo E – Questionário bebê terceira etapa



BILL & MELINDA
GATES foundation



QUESTIONÁRIO BEBÊ (3º ETAPA)

Quest _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Nome do bebê: _____

Endereço: _____

Existe algum ponto de referência por perto? Qual? _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

Pretende se mudar? Novo endereço: _____

1. Data de nascimento do bebê: __/__/__

2. Sexo do bebê: (1) Masculino (2) Feminino

ATENÇÃO: Os dados abaixo devem ser retirados da carteirinha da criança!

3. Peso ao nascer: __, __ __ kg

4. Idade Gestacional no dia do parto: __ semanas __ dias

5. O bebê mamou no peito? (0) Não (1) Sim (**SE SIM, PULAR PARA A QUESTÃO 5b**)

5a. Qual o motivo do bebê nunca ter mamado? _____

5b. SE SIM, o bebê ainda está mamando no peito?

(0) Não (1) Sim (**SE SIM, PULAR PARA A QUESTÃO 31e**)

5c. Que idade tinha o bebê quando deixou de mamar? __ __ meses __ __ dias

5d. Qual foi o motivo do desmame? _____

5e. Até quando mamou exclusivamente? __ __ meses __ __ dias (79) ainda mama exclusivamente

(80) nunca mamou exclusivamente

6. O pai mora na casa? (0) Não (1) Sim

7. Tem irmãos? (0) Não (**SE NÃO, PULAR PARA A QUESTÃO 8**) (1) Sim

7a. SE SIM. Quantos? __

8. Quem cuida da criança a maior parte do tempo, ao longo destes meses de vida?

(1) Mãe

(4) Irmãos

(2) Pai

Outra pessoa _____

(3) Avô/Avó

9. O bebê fica em alguma creche atualmente?

(0) Não

(1) Sim

Anexo F – Mini International Neuropsychiatric Interview Plus –Módulo Episódio depressivo maior

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18)
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANIACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
SE A1a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, ?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
SE A2a = SIM:					
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?			→ NÃO	SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	Episódio Atual		Episódio Passado		
a	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIACÃO DE \pm 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO					
b	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?					
c	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?					
d	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?					
e	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9
Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?					

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDEIA DELIRANTE ? Não Sim

	<u>Episodio Atual</u>		<u>Episodio Passado</u>			
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS. SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
	VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.					
	SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
	SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?					
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
	SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
	NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).					
	A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14					
	SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					

- A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

6

- A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão ? idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

Anexo G- *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* - Módulo Transtorno Ansiedade 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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM⁴</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM ⁴	FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL	
NÃO	SIM ⁴							
FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL								
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				

Anexo H- Livreto de informações sobre desenvolvimento do bebê e dicas de estímulos



Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Informações para os cuidadores



Nome: _____ Idade: _____

O que nós avaliamos em seu filho(a)?

Nós avaliamos o desenvolvimento Cognitivo, da Linguagem e Motor. No questionário que você completou, temos informações sobre o desenvolvimento Social-Emocional e o Comportamento.

Avaliação Cognitiva – olhamos como seu filho(a) pensa, reage, e aprende as coisas do mundo.

Avaliação da Linguagem – olhamos como seu filho(a) entende sons, palavras e comandos, bem como, como ele se comunica com gestos, sons e palavras.

Avaliação da Motricidade fina – olhamos como seu filho(a) usa as mãos e os dedos para fazer as coisas acontecerem.

Avaliação da Motricidade ampla – olhamos como e o quanto o seu filho(a) move o seu corpo.

Algumas dicas de atividades para você e seu filho:

Desenvolvendo Habilidades Cognitivas

Habilidades Cognitivas Prematuras

- ☺ Providencie brinquedos e objetos brilhosos, coloridos para o seu bebê olhar e tocar.
- ☺ Proporcione ao seu bebê experimentar ambientes diferentes levando-o para caminhadas e visitando lugares novos.
- ☺ Permita que seu bebê explore diferentes texturas e sensações (mantendo a segurança do seu bebê sempre em mente!)

Desenvolvendo habilidades de linguagem

Do nascimento até os 2 anos

- ☺ Mantenha contato “olho no olho” e fale com o seu bebê utilizando jeitos e ênfases diferentes. Por exemplo, aumente o tom da sua voz para indicar uma pergunta.
- ☺ Imita a risada e as expressões faciais do seu bebê.
- ☺ Ensine o seu bebê a imitar as suas ações, incluindo bater palmas, atirar beijos, brincadeiras com os dedos e esconde-esconde (com paninho no rosto).
- ☺ Fale como você dá banho, alimenta e veste o seu bebê. Fale sobre o que você está fazendo, onde você está indo, o que vocês vão fazer quando você voltar e o que e quem vocês vão ver.
- ☺ Cante para o seu bebê, incluindo canções de ninar e músicas infantis com rimas.
- ☺ Identifique as cores.
- ☺ Conte coisas enquanto seu filho(a) assiste.
- ☺ Use gestos como abanar quando está dizendo tchau para ajudar a entender o sentido.
- ☺ Reconheça e elogie tentativas de se comunicar.
- ☺ Em palavras simples fale coisas para o seu bebê como: “A mamãe está aqui. A mamãe te ama. Onde está o bebê? Aqui está o bebê.”
- ☺ Ensine seu bebê a fazer sons como “ma”, “da”, “bu” e “ba”.
- ☺ Leia para o seu filho(a). Algumas vezes não é necessário ler o livro por inteiro, mas descrever as figuras já é interessante. Escolha livros mais durinhos que tenha figuras grandes e coloridas, sem muitos detalhes.

Desenvolvendo a Motricidade Fina

- ☺ Brinque de fantoche com os dedos.
- ☺ Use uma lanterna iluminando o teto. Deixe que a criança deite de costas e acompanhe o movimento da luz visualmente.

Desenvolvendo a Motricidade Ampla

- Coloque o seu bebê em diferentes posições para estimular que ele dê chutes, se espreguice e mova a cabeça.
- Organize espaços dentro de casa e/ou fora de casa nos quais seu filho(a) possa se mover amplamente.

Desenvolvendo Habilidades Sociais-Emocionais

- Incline-se perto do seu bebê e fale sobre seus olhos brilhantes, suas bochechas redondas ou grande sorriso. Mantenha sua face animada e sua voz bem viva enquanto você se move vagarosamente da direita para a esquerda para chamar a atenção do seu bebê.
- Quando você estiver com o seu bebê em momentos tranquilos toque o seu bebê suavemente acariciando seus braços, pernas, barriga, costas, pés e mãos ajudando e ensinando seu filho(a) a relaxar.
- Estimule o seu bebê a sorrir e gargalhar e fazer outras expressões faciais de prazer. Diga palavras animadas ou faça coisas engraçadas para que seu filho(a) responda com alegria.
- Comece imitando gestos e sons de seu filho(a) e pouco a pouco estimule que ele(a) imite suas expressões faciais, sons e movimentos.

Desenvolvendo o Comportamento Adaptativo

- Deixe que seu filho(a) tente completar uma tarefa sozinho(a) assim que possível
- Tente manter algumas regras em relação a higiene e organização

Telefones para contato:

(53) 991237350  / (53) 21288246