

ARTIGO ORIGINAL

Associação da depressão materna, composição da família e pobreza com os cuidados maternos e a saúde física de crianças no primeiro ano de vida

Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life

Isabela Resende Silva Scherrer^a, Claudia Regina Lindgren Alves^a



^aDepartamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100.

Autor correspondente
resendesisabela@gmail.com

Manuscrito recebido: Agosto 2020
Manuscrito aceito: Novembro 2020
Versão online: Março 2021

Resumo

Introdução: A saúde integral da criança depende de vários fatores, entre eles a qualidade do ambiente em que vive e dos cuidados que recebe. O bem-estar da criança no início da vida tem impacto na sua saúde futura e das próximas gerações.

Objetivo: Analisar a associação da depressão materna, composição da família e condições socioeconômicas com o indicador de cuidados maternos e saúde física de crianças.

Método: Coorte retrospectiva que analisou dados de 120 crianças no primeiro ano de vida. Foi criado um Indicador de Saúde e Cuidados Maternos (ISCM), agregando informações sobre crescimento, aleitamento materno, vacinação, profilaxia de anemia ferropriva, adoecimentos e acidentes. A condição socioeconômica e de saúde foram obtidas por entrevista estruturada. A depressão materna foi avaliada pela Edinburgh Postnatal Depression Scale. A associação entre o ISCM e os preditores foi examinada pela Regressão de Quasipoisson. O modelo inicial foi composto por variáveis com $p < 0,25$ na análise univariada e $p < 0,05$ no modelo final.

Resultados: As mães eram adultas (83,3%), estudaram, em média, por 10 anos e 36% delas apresentaram sintomas depressivos. Cerca de 37% das famílias eram do tipo monoparental feminino, 59% eram da Classe C1-C2 da ABEP e 12% recebiam o benefício “Bolsa Família”. O ISCM foi 8% menor nas crianças cujas mães eram deprimidas ($p=0,04$) ou não tinham companheiro ($p=0,03$), e foi 14% maior nas famílias que recebiam o Bolsa família ($p=0,02$) em relação aos seus pares.

Conclusão: A depressão materna e o arranjo familiar monoparental feminino impactaram negativamente a saúde e os cuidados com a criança, enquanto o programa de transferência condicionada de renda representou um fator de proteção.

Palavras-chave: depressão materna, cuidados maternos, saúde da criança, fatores socioeconômicos, apoio social.

Suggested citation: Scherrer IRS, Alves CRL. Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *J Hum Growth Dev.* 2021; 31(1):18-27. DOI: 10.36311/jhgd.v31.10859

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

- A saúde física dos lactentes é dependente de vários fatores;
- Os fatores de risco ambientais podem afetar a saúde mental da mãe e os cuidados maternos com a criança;
- São poucos os estudos que analisam o impacto de fatores de risco ambientais e da saúde mental materna sobre a saúde física de lactentes;
- Há necessidade de indicadores que reflitam a diversidade de aspectos da saúde física da criança e dos cuidados maternos recebidos por ela e que permitam analisar o impacto dos fatores de risco sobre a saúde física da criança de forma integral.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

- Desenvolveu-se um Indicador de Saúde e Cuidados Maternos (ISCM), agregando informações obtidas longitudinalmente das consultas de puericultura do primeiro ano de vida;
- Aplicamos Edinburgh Postnatal Depression Scale para triagem de sintomas depressivos maternos dois a nove meses após o parto;
- Coletamos dados socioeconômicos e demográficos das famílias por meio de um questionário estruturado;
- Analisamos a associação de fatores socioeconômicos e da saúde mental materna com o ISCM;
- Demonstramos que o ISCM foi mais baixo quando a mãe apresentava sintomas depressivos e o arranjo familiar era monoparental feminino;
- As crianças cujas famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa-família apresentaram ISCM mais alto do que as que não recebiam.

O que essas descobertas significam?

- A depressão materna e o arranjo familiar monoparental feminino impactaram negativamente à saúde e aos cuidados com a criança;
- O programa de Bolsa-Família representou um fator de proteção para a saúde e cuidados com a criança.
- A triagem rotineira de depressão pós-parto na atenção primária, o fortalecimento da rede de apoio às puérperas e as políticas públicas de combate à pobreza podem ajudar a proteger a saúde das crianças e favorecer os cuidados maternos.

INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida de uma criança é caracterizado por intensas mudanças: crescimento rápido, aquisição de inúmeras habilidades no desenvolvimento global e estabelecimento de vínculos afetivos^{1,2}. O bem-estar da criança no início da vida tem impacto na sua saúde futura e das próximas gerações². A Organização Mundial da Saúde propõe o cuidado responsivo (Nurturing Care) como uma das estratégias mais importantes para promover saúde, nutrição, segurança e oportunidades de aprendizado na primeira infância. No entanto, a pobreza, a falta de segurança, a violência e a saúde mental dos cuidadores podem ameaçar a saúde integral e o bem-estar infantil. A escolaridade, as condições socioeconômicas e culturais, o estado de saúde física e mental, a carga de trabalho e a disponibilidade de tempo também afetam a qualidade do cuidado ofertado pelos cuidadores à sua prole².

As mudanças econômicas, sociais e sanitárias dos últimos anos determinaram melhorias no estado da saúde e na expectativa de vida da população brasileira. Contudo, as disparidades socioeconômicas ainda são grandes no Brasil, levando uma parcela significativa da população a viver em condições de pobreza e extrema pobreza³. Estudos brasileiros descreveram que a renda familiar e escolaridade materna baixas impactaram negativamente na saúde das crianças gerando aumento de desnutrição infantil⁴. Dados do Ministério da Saúde do Brasil também demonstram que, apesar das melhorias significativas nos índices de morbimortalidade infantil, fatores como baixa escolaridade materna e pobreza ainda estão associados às doenças infecciosas, como pneumonias e diarreias, e à mortalidade infantil⁵.

No Brasil, entre as mudanças observadas na sociedade contemporânea, chama a atenção o aumento das famílias chefiadas por mulheres, cujo número dobrou em termos absolutos em 15 anos, passando de 14,1 milhões em 2001 para 28,9 milhões em 2015⁶. Por um lado, o aumento da escolaridade e do acesso ao mercado de trabalho

podem representar melhoria das condições econômicas da família. No entanto, 15,3% das famílias chefiadas por mulheres tem arranjo monoparental feminino, acarretando aumento das responsabilidades financeiras para a mulher, sobrecarga de trabalhos domésticos e estresse emocional e representando também uma ameaça à qualidade do cuidado ofertado pelas mães aos seus filhos⁶.

A saúde mental materna vem se tornando objeto de estudo devido ao aumento significativo da incidência de transtornos mentais na população e seus efeitos tanto no bem-estar das mulheres como na saúde infantil. Estima-se que 10-15% das puérperas sejam afetadas por sintomas depressivos⁷. Filhos de mães deprimidas estão sob maior risco de baixa autoestima, depressão e ansiedade e prejuízos no desenvolvimento cognitivo e linguístico^{8,9}. Os sintomas depressivos maternos também estão associados com pior interação entre o binômio mãe-bebê e menor realização de tarefas importantes para o desenvolvimento afetivo, como ler e cantar para a criança, sorrir e interagir face a face¹⁰. Apesar de o risco de problemas emocionais e de desenvolvimento ser sabidamente maior em filhos de mães deprimidas, faltam evidências mais robustas sobre o impacto desta condição na saúde física de seus filhos. A maioria dos estudos analisa aspectos isolados da saúde da criança, como por exemplo, o cuidado materno inadequado levando a atraso vacinal e maior procura por serviços de urgência¹¹. São descritas também menor prevalência e menor duração do aleitamento materno exclusivo (AME)¹², e mais distúrbios nutricionais em filhos de mães deprimidas¹³. No entanto, nenhum destes estudos aborda a saúde da criança de forma integral, incluindo aspectos relacionados aos cuidados parentais.

Entendendo que a saúde da criança depende de múltiplos fatores, o objetivo do presente estudo é analisar a associação da depressão materna, composição da família e condições socioeconômicas com a saúde física de crianças no primeiro ano de vida.

MÉTODO

Cenário

Trata-se de estudo do tipo coorte retrospectiva, realizado no Hospital Sofia Feldman (HSF), maternidade de referência para partos de alto risco no estado de Minas Gerais e que atua exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Amostra

Amostra de conveniência, composta por 120 díades admitidas em uma das unidades de cuidado intermediário do HSF entre janeiro e maio de 2015 e cujas crianças foram acompanhadas no ambulatório de seguimento da maternidade durante o primeiro ano de vida. Os recém-nascidos separados de suas mães por quaisquer motivos (sistema prisional, abandono etc.), cujas mães faleceram ao nascimento ou apresentavam transtornos mentais que comprometiam sua compreensão dos questionários foram excluídos do estudo.

Procedimentos

As mães foram convidadas a participar do estudo ainda na maternidade e aquelas que aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entrevistadas para caracterização das condições socioeconômicas e demográficas da família. As crianças foram encaminhadas para o ambulatório de seguimento, conforme rotina da maternidade, e tiveram consultas de puericultura aos 2, 4, 6, 9, e 12 meses (idade corrigida nas crianças nascidas prematuras), seguindo um roteiro padronizado para registro das informações de saúde e cuidado com a criança.

Instrumentos

• Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)

Foi criado um Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM) a partir das informações registradas no roteiro para consulta de puericultura, com o objetivo de agregar as informações sobre a saúde e cuidados maternos com a criança em uma única variável. O ISCM foi composto por sete itens, sendo que cada item foi classificado em “minimamente satisfatório” (1 ponto) ou “não satisfatório” (0 pontos), com base na literatura, conforme critérios indicados a seguir. Os itens que compuseram o ISCM e os critérios para classificação foram:

1. Estado nutricional: os bebês foram pesados em balança horizontal eletrônica e medidos com a mesma régua antropométrica em todas as consultas, por profissionais devidamente treinados. O estado nutricional das crianças foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) aos 12 meses. Quando o escore Z no indicador IMC/idade se encontrava entre -2 e +2 ($-2 > \text{escore Z} \leq +2$), o estado nutricional foi considerado minimamente satisfatório, segundo diretrizes do Ministério da Saúde¹⁴, e a criança recebeu um ponto. Para qualquer outro valor do escore Z, a criança recebeu pontuação zero.

2. Aleitamento materno exclusivo até os quatro meses: o padrão de aleitamento foi classificado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁴. O aleitamento

materno exclusivo por pelo menos quatro meses foi considerado minimamente satisfatório e a criança recebeu um ponto. Qualquer outro padrão alimentar nessa idade recebeu pontuação zero.

3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses: A recomendação do Ministério da Saúde¹⁴ é manter o aleitamento materno complementado por pelo menos dois anos. Nesse caso, como o acompanhamento ocorreu somente até os 12 meses, foi analisada a manutenção do aleitamento materno neste período. A criança em aleitamento materno complementado aos 12 meses recebeu um ponto e na ausência de aleitamento materno aos 12 meses recebeu pontuação zero.

4. Vacinação: A situação vacinal foi avaliada aos 12 meses: caso o lactente apresentasse a vacinação atualizada, segundo o Programa Nacional de Imunizações¹⁵, o item recebia um ponto. Caso contrário, recebia zero.

5. Adoecimento: Em todos os atendimentos, o acompanhante respondia se a criança apresentou algum adoecimento desde a última consulta. Além disso, o acompanhante era questionado especificamente sobre os adoecimentos mais comuns nesta faixa etária, que foram agrupados em sintomas respiratórios (resfriado/gripe/broncoespasmo), sintomas gastrointestinais (vômitos/diarreia) e outros adoecimentos. Analisou-se o número de adoecimentos registrados nas cinco consultas de seguimento. A ocorrência de menos de oito episódios de adoecimento nos primeiros 12 meses de vida recebeu um ponto, e a ocorrência de oito ou mais episódios, não pontuou¹⁶.

6. Acidentes domésticos: Em todas as cinco consultas, as mães foram questionadas sobre a ocorrência de acidentes domésticos com seus filhos. Quando não houve registro de acidentes durante o primeiro ano de vida, o item foi considerado satisfatório e a criança recebeu um ponto^{17,18}. No caso de ocorrência de qualquer acidente doméstico foi atribuído zero.

7. Uso de sulfato ferroso: O uso do Sulfato Ferroso para profilaxia da anemia ferropriva é uma das ações de rotina no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida¹⁹. Quando o lactente fazia uso regular de sulfato ferroso ou outro composto férrico aos 12 meses foi atribuído um ponto¹⁹. A pontuação zero foi atribuída quando a medicação não estava sendo administrada.

A figura 1 sintetiza as variáveis incluídas no ISCM

• Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

O EPDS foi utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos maternos²⁰. As mães responderam o questionário nas consultas de dois e nove meses. Mães que apresentaram pontuação maior ou igual a 10 em pelo menos uma das consultas foram consideradas triagem positiva para sintomas depressivos.

Indicador de saúde/ cuidados	Pontuação
1. Estado nutricional (12 meses)	
a) Desnutrido/ Sobrepeso	0
b) Eutrófico	1
2. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses	
a) Aleitamento materno exclusivo por menos de 4 meses	0
b) Aleitamento materno exclusivo por pelo menos 4 meses	1
3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses	
a) Aleitamento materno ausente aos 12 meses	0
b) Aleitamento materno complementado por pelo menos 12 meses	1
4. Estado vacinal aos 12 meses	
a) Vacinação atrasada	0
b) Vacinação em dia	1
5. Adoecimento durante o primeiro ano de vida	
a) Oito ou mais episódios de adoecimento nos últimos 12 meses	0
b) Menos de oito episódios de adoecimento nos últimos 12 meses	1
6. Acidentes domésticos durante o primeiro ano de vida	
a) Ocorrência de um ou mais de acidentes domésticos no primeiro ano de vida.	0
b) Ausência de acidentes domésticos no primeiro ano de vida.	1
7. Uso de sulfato ferroso aos 12 meses	
a) Ausência de suplementação de sulfato ferroso	0
b) Uso de sulfato ferroso em dose profilática ou terapêutica	1

Figura 1: Indicador de Saúde Infantil e Cuidados Maternos (ISCM)

• Questionário para condições socioeconômicas

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores especificamente para este estudo e foi aplicado no momento do recrutamento. Foram obtidas as seguintes informações: procedência, estado civil, anos de estudo da mãe, participação no Programa Bolsa Família, renda per capita da família. O poder aquisitivo das famílias foi estimado pela Classificação da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP)²¹.

• Questionário sobre condições perinatais

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores especificamente para este estudo e foi aplicado na consulta de dois meses, com base nos dados disponíveis no sumário de alta da maternidade, na Caderneta da Gestante ou na Caderneta de Saúde da Criança. Foram obtidas as seguintes informações: sexo, idade gestacional, peso ao nascimento.

Análise estatística

Os dados foram registrados em formulários físicos e armazenados em planilha do software EXCEL (versão 16.0), com digitação dupla e verificação de inconsistências antes da análise estatística.

Para descrição da amostra, foram calculadas as frequências absolutas e relativas nas variáveis qualitativas e medidas de tendência central, posição e dispersão para as variáveis quantitativas.

O desfecho analisado foi a pontuação do ISCM. A pontuação da criança foi dada pela soma dos pontos

em cada item e o ISCM foi analisado como uma variável contínua, que variou de 0 a 7 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a saúde da criança e os cuidados maternos.

Para analisar os fatores associados ao ISCM foi ajustada uma Regressão de Quasipoisson, para a estimação de variâncias robustas. O método Forward foi utilizado na análise univariada a fim de selecionar os potenciais preditores do ISCM. O modelo inicial da análise multivariada foi composto pelas variáveis com valor $p < 0,25$ na análise univariada. Foi ajustado um modelo multivariado de regressão de Quasipoisson e neste modelo foi aplicado o método Backward, que é o procedimento de retirar, por vez, a variável com maior valor-p, repetindo-se o procedimento até que restem no modelo somente variáveis com valor-p menor que 0,05. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.4.1).

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (Projeto Avaliação do Desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco no Brasil e suas famílias no Brasil - CAAE 29437514.1.0000.5149). As mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início dos procedimentos. Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade dos informantes em todas as etapas da pesquisa.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a descrição das características das crianças, suas mães e suas famílias. A amostra foi composta por 55,8% de crianças do sexo feminino. A maioria das crianças nasceu prematura, com idade gestacional entre 31 e 37 semanas e com baixo peso (<2500 gramas). A maioria das mães residia em Belo Horizonte ou na região metropolitana, possuía companheiro e tinha

mais de 19 anos de idade. Mais da metade das mães era primípara. As mães estudaram, em média, por 10,38+2,46 anos. A prevalência de mães com sintomas depressivos foi 35,8%. Quanto ao perfil das famílias, 11,7% delas recebia o benefício “Bolsa Família” e a maioria pertencia as classes C1/C2 do Critério Brasil de Classificação Socioeconômica (ABEP)²¹.

Tabela 1: Caracterização da amostra de crianças, mães e famílias incluídas no estudo, Belo Horizonte, 2020.

Variables		n	%	
Dados da criança	Idade Gestacional	≤ 30 semanas	14	11,7
		31-36 semanas	66	55,0
		>37 semanas	40	33,3
	Sexo	Feminino	67	55,8
		Masculino	53	44,2
	Peso	< 2500g	71	59,2
	> 2500 g	49	40,8	
Dados da mãe	Procedência	Belo Horizonte	43	38,7
		Região Metropolitana	35	31,5
		Interior	33	29,7
	Estado civil	Com companheiro	75	63,0
		Sem companheiro	44	37,0
	idade	Até 19 anos	20	16,7
		Mais de 19 anos	100	83,3
	filhos	Apenas um	70	58,3
		Mais de um	50	41,7
	Anos de estudo da mãe	(Média+DP)	10,38 + 2,46	
Sintomas Depressivos (EPDS)*	Não	77	64,2	
	Sim	43	35,8	
Dados da família	Classificação ABEP**	A/B1/B2	37	30,8
		C1/C2	71	59,2
		D/E	12	10,0
	Bolsa Família	Não	106	88,3
		Sim	14	11,7
	Renda per capita mensal (reais)	(Média+DP)	559,31 + 527,86	

*EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale, **ABEP=Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa DP=Desvio-padrão

A pontuação no ISCM variou de 2 a 7 (Média/DP=5,03+ 1,07). O componente com os menores escores foi o aleitamento materno exclusivo aos quatro meses, sendo que 75,2% dos lactentes recebeu classificação “não satisfatório”. No item aleitamento materno complementado aos 12 meses, a maioria dos lactentes (55,1%) foi classificada como “satisfatório”. Nos demais componentes (vacinação, ocorrência de acidentes, uso de sulfato ferroso, adocicimentos e estado nutricional), mais de 70% dos lactentes recebeu classificação “satisfatório”.

A tabela 2 apresenta a análise univariada da associação entre as variáveis explicativas e o ISCM. As variáveis selecionadas para o modelo inicial da análise multivariada foram: Sintomas depressivos maternos (p=0,03), Idade gestacional (p=0,04), Sexo da criança (p=0,06), Estado Civil (p=0,04), Classificação ABEP (p=0,16), Bolsa família (p=0,04), Idade da mãe (p=0,05) e Renda per capita (p=0,13).

Table 2: Univariate analysis of the association of explanatory variables with ISCM. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 2020.

Variáveis		Exp(β)	95% IC	p	
Dados da Criança	Idade Gestacional	≤ 30 semanas	1,00	-	-
		31-36 semanas	1,06	0,94- 1,20	0,35
		>37 semanas	1,15	1,01- 1,31	0,04
	Sexo	Feminino	1,00	-	-
		Masculino	1,07	1,00- 1,16	0,06
	peso ao nascer	< 1500 g	1,00	-	-
Entre 1501 e 2500g		1,04	0,94- 1,16	0,42	
> 2500 g		1,09	0,99-1,21	0,09	
Dados da Mãe	Estado civil	Sem companheiro	0,92	0,85- 1,00	0,04
		Com companheiro	1,00	-	-
	Sintomas Depressivos (EPDS*)	Não	1,00	-	-
		Sim	0,92	0,85; 0,99	0,03
	Idade	Ate 19 anos	1,00	-	-
		Mais de 19 anos	1,11	1,00- 1,23	0,05
	Filhos	Apenas um	1,00	-	-
		Mais de um	1,04	0,96- 1,12	0,32
	Escolaridade materna	-	0,99	0,98- 1,01	0,43
	Dados da Família	Classificação ABEP**	A/B1/B2	1,00	-
C1/C2			1,06	0,98- 1,16	0,16
D/E			1,07	0,94- 1,23	0,31
Bolsa Família		Não	1,00	-	-
		Sim	1,12	1,01-1,26	0,04
Renda per capita mensal	-	0,94	0,87- 1,02	0,13	

*EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale, **ABEP= Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

Na tabela 3 é apresentado o modelo final da análise multivariada. As variáveis sintomas depressivos, estado civil e participação no Programa Bolsa Família mostraram associação independente com o ISCM. O ISCM foi 8% menor quando a mãe apresentou sintomas depressivos, comparado ao das mães sem depressão durante o primeiro

ano pós-parto ($p=0,03$). O ISCM também foi 8% menor quando a mãe não tinha companheiro, comparado ao das mães que tinham companheiro ($p=0,04$). O ISCM foi 14% maior quando a família recebia o benefício Bolsa Família, comparado ao das famílias que não recebiam este benefício ($p=0,02$).

Tabela 3: Modelo final da análise multivariada relacionando as variáveis explicativas com o ISCM. Belo Horizonte, 2020.

Variáveis		Exp(β)	95% IC	p
Sintomas depressivos (EPDS)	Não	1,00	-	-
	Sim	0,92	0,85 - 0,99	0,03
Estado civil	Com companheiro	1,00	-	-
	Sem companheiro	0,92	0,86 - 1,00	0,04
Bolsa família	Não	1,00	-	-
	Sim	1,14	1,02 - 1,26	0,02

*EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a saúde física e os cuidados maternos no primeiro ano de vida foram afetados pela presença de sintomas depressivos, pela composição familiar e pelo recebimento do benefício Bolsa Família. A depressão materna e o arranjo familiar

monoparental feminino se mostraram associados a piores condições de saúde e cuidados maternos medidos pelo ISCM, enquanto a participação no Programa Bolsa Família apresentou efeito de proteção.

O perfil da amostra incluída no presente estudo corresponde ao da população assistida pelo Hospital

Sofia Feldman, que atende exclusivamente no âmbito do SUS e presta serviços a uma parcela da população com baixa renda e com grande vulnerabilidade social. Essas características por si só representam maior risco para ocorrência de depressão materna e de impactos negativos na saúde da criança^{11,22}.

A prevalência de mães com sintomas depressivos foi elevada (35,8%) e maior do a descrita na literatura que se situa entre 10-15%^{7,23,24}. Isso pode ser explicado pelo uso de um instrumento de triagem em dois momentos e pelo ponto de corte escolhido para classificação dos sintomas depressivos. Optou-se pela triagem em dois momentos para que fossem incluídas na análise as mães com sintomas depressivos no período de maior incidência de depressão pós-parto (primeiras oito semanas de puerpério), aquelas com aparecimento tardio dos sintomas e aquelas que mantiveram sintomas por tempo prolongado^{23,24}.

O ponto de corte adotado na EPDS (maior ou igual a 10) baseou-se no estudo que validou a escala na população brasileira²⁵. A maioria dos estudos internacionais que elegeram a EPDS como teste de triagem para depressão materna adotou o ponto de corte em torno de 12-13 pontos²⁶. A escolha de ponto de corte mais baixo, com maior sensibilidade porém menor especificidade, pode ter contribuído para uma prevalência maior do que a descrita na literatura, embora as características da amostra possa também ter levado a uma prevalência aumentada de depressão pós-parto.

No presente estudo, sintomas depressivos maternos trouxeram impactos negativos para a saúde infantil, uma vez que o ISCM foi 8% menor no grupo de filhos de mães com sintomas depressivos quando comparado aos de crianças cuja mãe não teve depressão durante o primeiro ano pós-parto. Essa associação é corroborada por outros estudos que analisaram desfechos negativos isoladamente. Foi demonstrada a associação da depressão materna com a desnutrição infantil^{13,27} e com aumento do risco de sobrepeso e obesidade infantil²⁸. Também há evidência de associação entre sintomas depressivos maternos e maior adoecimento, com maior ocorrência de episódios de diarreia, e pior qualidade de vida tanto da mãe quanto da criança^{7,12}.

Outros estudos documentaram menor prevalência e duração da prática de aleitamento materno em filhos de mães deprimidas^{5,12}. Apesar da relevância dos resultados destes estudos, até presente momento, não foram identificados estudos abordando de forma integral a saúde e os cuidados maternos com a criança e sua associação com sintomas depressivos maternos.

Os resultados do presente estudo sugerem que o arranjo familiar monoparental feminino também trouxe impactos negativos para a saúde dos lactentes. Demonstrou-se que quando a mãe era solteira, viúva ou divorciada, o ISCM era 8% menor se comparado ao das mães que se disseram casadas ou vivendo em união estável. Apesar dos cuidados com a criança e o acesso aos serviços de saúde serem funções sociais assumidas predominantemente pelas mulheres, o suporte social dos pais/companheiros nos cuidados infantis e a sua importância na divisão de tarefas tem crescido²⁹. Estudos recentes mostraram que intervenções educacionais dirigidas aos pais durante

a gravidez e após o parto aumentaram a proporção de mulheres iniciando precocemente a amamentação e mantendo o aleitamento materno exclusivo por 4 e 6 meses^{29,30}. Outro estudo demonstrou que quando a mãe recebia suporte do pai, da família ou mesmo da comunidade, as crianças recebiam as vacinas nas datas recomendadas mais frequentemente³¹. Os resultados do presente estudo evidenciam a importância da participação dos pais/companheiros no cuidado integral da prole.

Além dos fatores de risco descritos anteriormente, no presente estudo, a participação no programa Bolsa Família representou um fator de proteção à saúde infantil. O ISCM foi 14% maior entre as famílias beneficiadas pelo Programa quando comparadas às que não recebiam o benefício. O Programa Bolsa Família é um programa de transferência condicionada de renda que visa a garantia de acesso aos direitos sociais básicos para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Rasella *et al.* (2013) encontraram evidências de que o recebimento do benefício pode contribuir para a diminuição do adoecimento e da mortalidade infantil em geral, e em particular para redução das mortes atribuíveis a causas relacionadas à pobreza, como a desnutrição e a diarreia³².

Shei A *et al.* (2014) demonstraram que o recebimento do Bolsa Família aumentou as chances de as crianças frequentarem o centro de saúde para ações de prevenção e promoção da saúde³³. Esses dois estudos corroboram, portanto, os resultados do presente trabalho demonstrando que o benefício aumenta as chances de melhores desfechos na saúde dos lactentes.

Os resultados corroboram a importância do apoio social da figura paterna para os cuidados e para a saúde integral da criança. Estratégias de inclusão e intervenção que visem aumentar o apoio à mãe pelo companheiro ou por outro familiar podem resultar também em melhores indicadores de saúde infantil e cuidados maternos. Por fim, os resultados reforçam a importância de programas de transferência condicionada de renda e combate à pobreza como possível fator protetor para a saúde da criança.

Alguns pontos fortes e limitações do presente estudo devem ser destacados. A capacitação da equipe e a padronização dos procedimentos nas consultas de puericultura deram maior consistência às informações obtidas ao longo dos 12 meses de acompanhamento das díades. O acompanhamento longitudinal pode ter reduzido o viés de memória, já que as informações foram coletadas e armazenadas em tempo real. Além disso, a construção do banco de dados passou por rigoroso controle de qualidade, que incluiu a revisão dos prontuários por equipe treinada especificamente para isto antes do início da digitação, digitação dupla e independente e inclusão dos dados em uma base eletrônica que detectava automaticamente as inconsistências surgidas no processo de digitação.

O presente estudo adotou uma estratégia inovadora, que traz uma contribuição relevante no estudo dos determinantes sociais, ao propor um indicador único que reflete não apenas aspectos da saúde da criança, mas também o cuidado materno com ela, embasado no conceito de integralidade da saúde. Como principal limitação, pode-se citar a composição da amostra, que foi recrutada de maneira não probabilística e em um contexto

de grande vulnerabilidade social. Estudos futuros com amostras maiores e mais diversas são necessários para analisar as propriedades psicométricas deste indicador e demonstrar sua capacidade de identificar diferentes padrões de cuidado com a saúde da criança.

Este estudo identificou possíveis fatores de proteção e de risco à saúde física das crianças no primeiro ano de vida. Um dos fatores de risco, a depressão materna, pode ser identificado com relativa facilidade por meio de testes de triagem nas consultas rotineiras para acompanhamento da saúde infantil. A identificação de grupos de mães que podem estar com dificuldades de oferecer um cuidado responsivo para seus filhos possibilita intervenções e estratégias de promoção de saúde especificamente voltadas

para estes grupos. Também foi demonstrado que o arranjo familiar monoparental feminino impacta negativamente na saúde e nos cuidados com a criança e que o programa de transferência direta de renda é um fator de proteção para saúde infantil.

Desta forma, a triagem rotineira de depressão pós-parto na atenção primária, o fortalecimento da rede de apoio às puérperas e as políticas públicas de combate à pobreza podem ajudar a proteger a saúde das crianças e favorecer os cuidados maternos.

Agência financiadora

Grand Challenges Canada (grant 0582-3)

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1. Acesso em 26/02/2021
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva; 2018. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>. Acesso em 26/02/2021.
3. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*. junho de 2011; 377(9782): 2042–53.
4. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Barros AJD, Barros FCF. Long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study. *The Journal of Pediatrics*. setembro de 2010; 157(3): 401–6.
5. Brasil- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Resumo Executivo Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
6. Cavenaghi, S., Alves, JED. Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios. 1. ed. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. Disponível em: https://www.ens.edu.br/arquivos/mulheres-chefes-de-familia-no-brasil-estudo-sobre-seguro-edicao-32_1.pdf. Acesso em: 26/02/2021.
7. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 1o de maio de 2011; 24(3): 249–57.
8. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*. outubro de 2011; 378(9799): 1325–38.
9. Premji S. Perinatal distress in women in low- and middle-income countries: allostatic load as a framework to examine the effect of perinatal distress on preterm birth and infant health. *Matern Child Health J*. dezembro de 2014; 18(10): 2393–407.
10. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*. fevereiro de 2010; 33(1): 1–6.
11. Minkovitz CS. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *PEDIATRICS*. 1o de fevereiro de 2005; 115(2): 306–14.
12. Rahman A, Hafeez A, Bilal R, Sikander S, Malik A, Minhas F, et al. The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study: Impact of perinatal depression on breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*. julho de 2016; 12(3): 452–62.
13. Hassan BK, Werneck GL, Hasselmann MH. Maternal mental health and nutritional status of six-month-old infants. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2016 [citado 26 de fevereiro de 2021];50(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100206&lng=en&tlng=en

14. Cab no 23 – saúde da criança – aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. [citado 26 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-23-saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/>
15. Programa nacional de imunizações - vacinação [Internet]. Ministério da Saúde. [citado 26 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>.
16. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*. janeiro de 2015; 385(9966): 430–40.
17. Cooper MC, Kilvert HS, Hodgkins P, Roskell NS, Eldar-Lissai A. Using matching-adjusted indirect comparisons and network meta-analyses to compare efficacy of brexanolone injection with selective serotonin reuptake inhibitors for treating postpartum depression. *CNS Drugs*. outubro de 2019; 33(10): 1039–52.
18. Schwebel DC, Brezausek CM. Chronic maternal depression and children's injury risk. *Journal of Pediatric Psychology*. 4 de fevereiro de 2008; 33(10): 1108–16.
19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Consenso do Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro; 2018. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*. junho de 1987; 150(6): 782–6.
21. Critério brasil - abep [Internet]. [citado 26 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
22. Fisher J, Tran T, Nguyen TT, Nguyen H, Tran TD. Common mental disorders among women, social circumstances and toddler growth in rural Vietnam: a population-based prospective study: Common perinatal mental disorders among women and toddler growth. *Child: Care, Health and Development*. novembro de 2015; 41(6): 843–52.
23. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the edinburgh postnatal depression scale (Epds) in a sample of mothers from the 2004 pelotas birth cohort study. *Cad Saúde Pública*. novembro de 2007; 23(11): 2577–88.
24. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. maio de 2009; 119(5): 350–64.
25. Motlathledi K, Setlhare V, Ganiyu A, Firth J. Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. *Afr j prim health care fam med* [Internet]. 30 de janeiro de 2017 [citado 26 de fevereiro de 2021]; 9(1). Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1270>
26. Surkan PJ, Kawachi I, Peterson KE. Childhood overweight and maternal depressive symptoms. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1o de maio de 2008; 62(5): e11–e11.
27. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. setembro de 2004; 191(3): 708–12.
28. Bich TH, Hoa DTP, Målqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in viet nam. *Matern Child Health J*. agosto de 2014; 18(6): 1444–53.
29. Surkan PJ, Kiihl SF, Kozuki N, Vieira LMC. Social support of low-income Brazilian mothers related to time to completion of childhood vaccinations. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. maio de 2012; 8(5): 596–603.
30. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. julho de 2013; 382(9886): 57–64.
31. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights*. dezembro de 2014; 14(1): 10.
32. Organização Mundial da Saúde (OMS). Indicadores para avaliação das práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas: Conclusões de uma reunião de consenso realizada de 6 a 8 de novembro de 2007 em Washington DC, EUA. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2008.

33. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva; 2018.

Abstract

Introduction: The child's overall health depends on several factors, including the quality of the environment in which it lives and the care it receives. Child well-being early in life has an impact on its future and future generations' health.

Objective: Analyze the association of maternal depression, family composition and socioeconomic conditions with the indicator of maternal care and physical health of children.

Methods: Retrospective cohort that analyzed data from 120 children in the first year of life. A Health and Maternal Care Indicator (ISCM) was created, aggregating information on growth, breastfeeding, vaccination, prophylaxis of iron deficiency anemia, illnesses and accidents. The socioeconomic and health conditions were obtained through a structured interview. Maternal depression was assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The association between the ICSM and the predictors was examined by Quasipoisson Regression. The initial model was composed of variables with $p < 0.25$ in the univariate analysis and $p < 0.05$ in the final model.

Results: The mothers were adults (83.3%), studied for an average of 10 years and 36% of them had depressive symptoms. About 37% of the families were single-parent female, 59% were from Class C1-C2 of ABEP and 12% received the "Bolsa Família" benefit. ISCM was 8% lower in children whose mothers were depressed ($p = 0.04$) or had no partner ($p = 0.03$), and was 14% higher in families receiving Bolsa Família ($p = 0.02$) in relation to their peers.

Conclusion: Maternal depression and female single-parent family arrangements negatively impacted child health and care, while the conditional cash transfer program represented a protective factor.

Keywords: maternal depression, maternal care, child health, socioeconomic factors, social support.

©The authors (2021), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.