Determinantes da qualidade de vida,saúde mental e ideação suicida em mães de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento: estudo transversal analítico em Feira de Santana, Bahia

Elidian Silva de Souza [1]
https://orcid.org/0009-0008-5884-8991

Alessandra Gracioso Tranquilli [3]
https://orcid.org/0009-0005-5957-9197

Letícia Lima Santos [2]
https://orcid.org/0000-0003-1628-2025

Tarciso de Figueiredo Palma [4]
https://orcid.org/0000-0002-3738-8761

[1,2] Centro Universitário Nobre (UNOBRE). Feira de Santana, BA, Brasil.
[3] Coordenadora da Residência Multidisciplinar de Saúde Mental. Escola de Saúde Pública do Município de Salvador, BA, Brasil.
[4] Departamento de Saúde. Centro Universitário Nobre (UNIFAN). Av. Maria Quitéria, 2116. Centro. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44.001-008. E-mail: tfpalma@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar fatores associados à qualidade de vida (QV), transtorno mental comum (TMC), sintomas depressivos e ideação suicida em mães de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento (TND), e explorar padrões de associação via qualidade de vida.

Métodos: estudo transversal com 153 mães (117 atípicas, 36 típicas) em Feira de Santana-BA, 2025. Aplicaram-se WHOQOL-BREF (QV), SRQ-20 (TMC e ideação suicida — item 17) e PHQ-9 (depressão). Adotou-se regressão de Poisson com variância robusta (RPa; IC95%); para ideação suicida, análise exploratória na amostra total. Padrões de associação mediada foram investigados pelo produto-dos-coeficientes com bootstrap bias-corrected percentile (BC, R=2.000 reamostras).

Resultados: mães atípicas apresentaram QV ruim em 54,7% vs. 19,4% (p<0,001); TMC em 81,2% vs. 44,4% (p<0,001); depressão em 65,8% vs. 36,1% (p=0,002); ideação suicida em 23,9% vs. 2,8% (OR=11,01; p=0,005). Ser mãe atípica (RPa=2,06) e problemas no parto (RPa=1,41) foram preditores de QV ruim. QV ruim associou-se a TMC (RPa=1,66) e depressão (RPa=2,63). Na amostra total, diagnóstico prévio de TM (RPa=3,30) e QV ruim (RPa=4,29) predisseram ideação suicida.

Conclusões: mães atípicas apresentam maior sofrimento mental em todos os desfechos. A QV ruim emerge como variável associada ao TMC e à depressão; a ideação suicida é fortemente concentrada no grupo atípico. Os achados reforçam estratégias intersetoriais de suporte às famílias de crianças com TND.

Palavras-chave *Qualidade de vida, Transtornos mentais, Depressão, Ideação suicida, Mães, Transtornos do neurodesenvolvimento, Sobrecarga do cuidador*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

https://doi.org/10.1590/1806-9304202600000197

Introdução

A maternidade atípica — vivenciada por mulheres que exercem o cuidado principal de filhos com transtornos do neurodesenvolvimento (TND) — representa uma das expressões mais intensas da sobrecarga de cuidado feminina no Brasil contemporâneo. O Transtorno do Espectro Autista (TEA), a Paralisia Cerebral e a Deficiência Intelectual são diagnósticos que impõem às famílias — e em particular às mães — uma reorganização radical da vida cotidiana, com renúncias profissionais, sociais e pessoais de grande magnitude.[1,2]

Essas mulheres vivenciam o que convencionalmente se denomina multijornada: exercem simultaneamente funções de cuidadora especializada, intérprete terapêutica, gestora de agendas clínicas e provedora emocional da família, frequentemente sem contrapartida institucional adequada.[3] Os transtornos do neurodesenvolvimento (TND), incluindo o Transtorno do Espectro Autista (TEA), a Paralisia Cerebral e a Deficiência Intelectual, impõem demandas intensas e contínuas às famílias — em particular às mães, que, em contextos marcados por desigualdades de gênero, assumem a maior parte do cuidado. A sobrecarga associada tem sido consistentemente associada a desfechos negativos de saúde mental materna.[4,5]

Singer[6] identificou, em metanálise, a prevalência de sintomas depressivos de 29% em mães de crianças com deficiências do desenvolvimento versus 19% em controles — padrão consistente com maior vulnerabilidade, embora referente a depressão (não TMC) e não específico ao TEA. Lins-Silva *et al*.[4] oferecem estimativas mais alinhadas ao perfil investigado. Estudos nacionais corroboram esse padrão, com prevalências de TMC, depressão e ideação suicida superiores em mães atípicas.[7-9]

A qualidade de vida (QV) surge como construto integrador, capaz de capturar o impacto multidimensional da sobrecarga nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. A deterioração da QV materna tem sido associada à depressão e ao sofrimento psíquico em contextos de cuidado intensivo,[8,10] mas estudos que investiguem o papel da QV em uma cascata de desfechos — TMC, depressão e ideação suicida — são escassos, especialmente no Nordeste brasileiro.

A teoria dos determinantes sociais de saúde, particularmente nas formulações de Breilh[11] e Laurell[12] sobre a determinação social do processo saúde-doença, oferece um marco analítico fecundo para compreender como condições de vida concretas — renda, escolaridade, tempo de trabalho não remunerado, isolamento social — se articulam para produzir o adoecimento mental nesse grupo. Nessa perspectiva, o sofrimento mental das mães atípicas não é fenômeno puramente individual ou psicológico, mas expressão de vulnerabilidades estruturais que demandam respostas coletivas e políticas.

Este estudo investiga os determinantes da QV, TMC, sintomas depressivos e ideação suicida em mães de crianças com TND, e examina o padrão de associação da QV ruim sobre os desfechos de saúde mental.

Métodos

Trata-se de estudo observacional, analítico, de corte transversal, conduzido conforme as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).[13]

A pesquisa foi realizada no município de Feira de Santana-BA (616.272 habitantes; Censo 2022),[14] entre março e setembro de 2025. O recrutamento de mães atípicas ocorreu por conveniência em cinco instituições de referência para TND: APAE, Organização Crescer Cidadão e três clínicas privadas. Para o grupo típico, adotou-se *snowball sampling*, com cada mãe atípica indicando duas mães de crianças típicas em contexto socioeconômico similar — estratégia reconhecida como limitação do estudo. As variáveis de sobrecarga (cuidado >6h/dia e autocuidado ≤1h/dia) foram aferidas apenas nas mães atípicas, portanto não figuram nos modelos de comparação entre grupos (N=153).

Foram incluídas mulheres ≥18 anos, mães biológicas ou adotivas, residentes na região, que concordaram com o TCLE digital. Foram excluídas mulheres com limitações cognitivas impeditivas e formulários com >20% de dados faltantes.

Os instrumentos utilizados foram:

Qualidade de vida: WHOQOL-BREF (26 itens), classificada em Ruim (1,0–2,9), Regular (3,0–3,9) e Boa (4,0–5,0), dicotomizada em Ruim vs. Regular/Boa.[15]

Transtorno mental comum: SRQ-20, ponto de corte ≥7 para mulheres.[16]

Sintomas depressivos: PHQ-9, ponto de corte ≥10.[17]

Ideação suicida: rastreada pelo item 17 do SRQ-20 ("Você já teve pensamentos de acabar com a sua vida?"), conforme validação brasileira do instrumento,[16] variável binária. Nota metodológica: na fase de construção do instrumento de coleta, o item 17 foi inserido na posição 19 do formulário, com enunciado adaptado na digitação ('Tem pensado em dar um fim à sua vida?'), semanticamente equivalente ao item 17 validado — o construto operacionalizado é idêntico: rastreio de pensamentos de acabar com a própria vida, conforme formulações reconhecidas na literatura brasileira do instrumento. A inconsistência foi identificada por auditoria interna e corrigida: a variável analisada corresponde ao item 17 da escala validada, extraída da coluna de resposta correspondente (29 positivos). Uma variável pré-computada anterior, de origem não rastreável (75 positivos), foi descartada. A versão original do manuscrito utilizava banco de dados anterior; as prevalências de TMC

e ideação suicida foram corrigidas na versão revisada. A variação do TMC entre versões (78,6% → 81,2% nas mães atípicas) decorre de correção de digitação/definição de caso no banco de dados original, independente da correção do item de ideação. O rastreamento por item único pode subestimar a prevalência real do desfecho.

Para a análise estatística, realizou-se análise descritiva com frequências absolutas e relativas. As associações bivariadas foram estimadas por *odds ratio* (OR) bruta com IC95% (qui-quadrado ou Fisher). Para QV ruim, TMC e depressão, adotou-se regressão de Poisson com variância robusta de Huber-White, estimando razões de prevalência ajustadas (RPa) com IC95% — abordagem recomendada para desfechos prevalentes em estudos transversais.[18,19]

A seleção de variáveis baseou-se em diagrama acíclico direcionado (DAG) construído a priori (Figura Suplementar 1), segundo critérios de Greenland *et al.*[20] O conjunto mínimo suficiente de ajuste, derivado do DAG pelo critério de bloqueio de caminhos de porta dos fundos (*backdoor criterion*), é idêntico para TMC e depressão, pois ambos os desfechos compartilham as mesmas vias de confundimento — esta identidade é fundamentada no DAG. Não foi utilizada seleção *stepwise*.

Para cada desfecho (QV ruim, TMC, depressão), construíram-se dois modelos: (1) Modelo direto — exposição + confundidores (escolaridade, renda, situação conjugal, problemas obstétricos, diagnóstico prévio de TM, idade do pai), sem variáveis de sobrecarga; (2) Modelo de mediação — acrescenta QV ruim como covariável. Para a ideação suicida, explorou-se a inclusão da depressão no modelo de mediação, mas essa análise foi inviabilizada por separação completa dos dados — todos os 29 casos de ideação apresentam depressão positiva.

Os padrões de associação mediada foram investigados pelo método produto-dos-coeficientes (βa×βb) com bootstrap *bias-corrected percentile* (BC, R=2.000 reamostras).[21,22] Os resultados são apresentados como índices descritivos de associação mediada — não como estimativas de efeito causal — em conformidade com as limitações do delineamento transversal.[23,24]

Para ideação suicida, a prevalência de 19,0% na amostra total (N=153) justifica análise de Poisson com variância robusta. Dado que a comparação entre grupos é limitada pela instabilidade estatística decorrente de apenas 1 caso positivo no grupo típico, as prevalências por grupo são apresentadas com OR bruta como estimador descritivo da diferença. A análise multivariada exploratória foi conduzida na amostra total, com modelo parcimonioso ajustado pelos preditores mais estáveis (diagnóstico prévio de TM e QV ruim). A análise de padrão mediado DEP→IDSUI foi impossibilitada por separação completa (todos os 29 casos de ideação têm DEP=1, propriedade dos dados).

Como análise de sensibilidade para o modelo de TMC, o modelo foi reestimado excluindo a variável diagnóstico prévio de TM; os demais coeficientes variaram <5%, indicando estabilidade. O roteiro analítico completo encontra-se no Material Suplementar 2, suficiente para reproduzir as Tabelas 2 a 4. Nível de significância: α=5%. Para as estimativas de OR bruta na análise bivariada, utilizou-se o teste exato de Fisher para o valor p e o método de Wald para o intervalo de confiança; em células com valor esperado <5, a leve discordância entre ambos é esperada e decorre do tamanho amostral reduzido.

O projeto foi aprovado pelo CEP do Centro Universitário Nobre, Parecer nº 7.423.622, CAAE nº 86000425.9.0000.5654, em 06 de março de 2025, conforme Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016.

Resultados

Participaram 153 mães (117 atípicas, 36 típicas). Entre as atípicas, predominou TEA (76,1%), seguido de Paralisia Cerebral (6,4%); TDAH foi diagnosticado concomitantemente em 29,2% das crianças. A média de idade materna foi de 37,9 anos (DP=4,5). O perfil sociodemográfico, dados de sobrecarga e desfechos de saúde mental são apresentados na Tabela 1.

Mães atípicas apresentaram prevalências significativamente superiores em todos os desfechos: QV ruim (54,7% *vs*. 19,4%), TMC (81,2% *vs*. 44,4%), depressão (65,8% *vs*. 36,1%) e ideação suicida (23,9% *vs*. 2,8%; OR=11,01; IC95%=1,44–84,06; p=0,005). Cuidado >6h/dia foi relatado por 100 (85,5%) e autocuidado ≤1h/dia por 59 (50,4%) das mães atípicas.

Na análise multivariada para QV ruim (Tabela 2), os preditores significativos foram ser mãe atípica (RPa=2,06; IC95%=1,03–4,10; p=0,041) e problemas no parto/puerpério (RPa=1,41; IC95%=1,03–1,95; p=0,035).

Para TMC e depressão (Tabela 3), o diagnóstico prévio de TM foi o preditor mais consistente nos modelos diretos (TMC: RPa=1,35; IC95%=1,17–1,55; p<0,001; depressão: RPa=1,47; IC95%=1,16–1,85; p=0,001). Nos modelos de mediação, QV ruim emergiu como forte preditor de TMC (RPa=1,66; IC95%=1,35–2,04; p<0,001) e depressão (RPa=2,63; IC95%=1,86–3,73; p<0,001), com atenuação do efeito direto de ser mãe atípica.

Na análise exploratória de ideação suicida na amostra total (N=153; prevalência=19,0%), o modelo parcimonioso identificou diagnóstico prévio de TM (RPa=3,30; IC95%=1,75–6,24; p<0,001) e QV ruim (RPa=4,29; IC95%=1,68–10,93; p=0,002) como preditores independentes. O perfil dos 29 casos evidencia sofrimento acumulado: 100% apresentaram TMC e depressão, 82,8% QV ruim, 48,3% diagnóstico prévio de TM.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica, sobrecarga e desfechos de saúde mental por grupo. Feira de Santana, Bahia, 2025.

Características	Mães típicas (n=36)		Mães atípicas (n=117)		Total (N=153)		OR bruta (IC95%)	*p**
	n	%	n	%	n	%		
Dados sociodemográficos								
Escolaridade ≤ensino médio	8	22,2	52	44,4	60	39,2	2,80 (1,18–6,66)	0,017
Renda familiar ≤1 SM	9	25,0	60	51,3	69	45,1	3,16 (1,37–7,29)	0,006
Sem companheiro(a)	6	16,7	47	40,2	53	34,6	3,36 (1,30–8,69)	0,010
Diagnóstico e condições obstétricas								
Diagnóstico prévio de TM[a]	2	5,6	24	20,5	26	17,0	4,39 (0,98–19,56)	0,042
Problemas no parto/puerpério	8	22,2	51	43,6	59	38,6	2,70 (1,14–6,43)	0,021
Pai com <34 anos na concepção	15	41,7	64	54,7	79	51,6	1,69 (0,79–3,60)	0,171
Desfechos de saúde mental								
QV ruim (WHOQOL-BREF)	7	19,4	64	54,7	71	46,4	5,00 (2,03–12,33)	<0,001
TMC (SRQ-20 ≥7)	16	44,4	95	81,2	111	72,5	5,40 (2,41–12,07)	<0,001
Depressão (PHQ-9 ≥10)	13	36,1	77	65,8	90	58,8	3,41 (1,56–7,43)	0,002
Ideação suicida (SRQ-20 item 17)[b]	1	2,8	28	23,9	29	19,0	11,01 (1,44–84,06)	0,005
Sobrecarga e autocuidado (mães atípicas, n=117)[c]								
Cuidado >6h/dia	—	—	100	85,5	—	—	—	—
Autocuidado ≤1h/dia	—	—	59	50,4	—	—	—	—
Sem atividades de lazer	—	—	82	70,1	—	—	—	—

OR=*odds ratio* bruta; IC95%=intervalo de confiança de 95%; TM=transtorno mental; SM = salário mínimo; [a] IC95% estimado pelo método de Wald; *p**=Teste exato de Fisher. Para variáveis com célula de valor esperado <5, a leve discordância entre os dois métodos é esperada; [b]IDSUI corrigido: item 17 do SRQ-20; OR apresentada como estimador descritivo (1 caso no grupo típico impede modelagem); [c]Aferição apenas no grupo atípico; não incluídas em modelos com N=153.

Tabela 2

Regressão de Poisson com variância robusta para qualidade de vida ruim — modelo direto (N=153). Feira de Santana, Bahia, 2025.

Variável	RPa	IC95%	*p*
Exposição principal			
Ser mãe atípica (*vs.* típica)	2,06	1,03–4,10	0,041
Determinantes socioeconômicos			
Escolaridade ≤ensino médio	1,28	0,87–1,88	0,212
Renda familiar ≤1 SM	1,05	0,70–1,57	0,812
Sem companheiro(a)	1,16	0,85–1,59	0,352
Condições clínicas e obstétricas			
Problemas no parto/puerpério	1,41	1,03–1,95	0,035
Diagnóstico prévio de TM	1,15	0,82–1,61	0,416
Pai com <34 anos na concepção	1,08	0,80–1,45	0,611

TM= transtorno mental; RPa = razão de prevalência ajustada (Poisson, variância robusta HC1, N=153). Variáveis de sobrecarga excluídas: mensuradas apenas no grupo atípico e posicionadas como mediadores no DAG (diagrama acíclico direcionado).

Tabela 3

Regressão de Poisson com variância robusta para TMC (3a), depressão (3b) e ideação suicida (3c). Feira de Santana, Bahia, 2025.

Variável	Modelo direto — TMC			Modelo de mediação (+QV ruim)		
	RPa	IC95%	*p*	RPa	IC95%	*p*
3a Transtorno Mental Comum (SRQ-20 7)						
Exposição principal						
Ser mãe atípica	1,58	1,09–2,27	0,015	1,43	1,02–2,01	0,039

Variável	Modelo direto — TMC			Modelo de mediação (+QV ruim)		
	RPa	IC95%	*p*	RPa	IC95%	*p*
Determinantes socioeconômicos						
Escolaridade ≤ensino médio	1,04	0,86–1,27	0,661	0,97	0,82–1,16	0,749
Renda ≤1 SM	1,10	0,89–1,37	0,377	1,08	0,90–1,31	0,406
Sem companheiro(a)	1,02	0,83–1,23	0,880	0,97	0,81–1,17	0,777
Condições clínicas e obstétricas						
Problemas no parto/puerpério	1,07	0,90–1,26	0,449	0,97	0,82–1,13	0,678
Diagnóstico prévio de TM*	1,35	1,17–1,55	<0,001	1,27	1,11–1,46	<0,001
Pai <34 anos na concepção	1,13	0,95–1,34	0,182	1,12	0,94–1,32	0,199
Mediador						
QV ruim (WHOQOL-BREF)	—	—	—	1,66	1,35–2,04	<0,001

* Separação completa nos dados; Análise de sensibilidade: variação <5% ao excluir variável; RPa = Poisson HC1, N=153.

	Modelo direto — TMC			Modelo de mediação (+QV ruim)		
3b. Depressão (PHQ-9 10)	**RPa**	**IC95%**	***p***	**RPa**	**IC95%**	***p***
Exposição principal						
Ser mãe atípica	1,40	0,92–2,14	0,114	1,18	0,81–1,71	0,394
Determinantes socioeconômicos						
Escolaridade ≤ensino médio	1,07	0,81–1,41	0,626	0,95	0,75–1,19	0,653
Renda ≤1 SM	1,19	0,87–1,63	0,281	1,15	0,89–1,49	0,278
Sem companheiro(a)	1,22	0,95–1,58	0,122	1,14	0,90–1,43	0,272
Condições clínicas e obstétricas						
Problemas no parto/puerpério	1,18	0,93–1,50	0,166	0,99	0,80–1,23	0,946
Diagnóstico prévio de TM*	1,47	1,16–1,85	0,001	1,27	1,03–1,55	0,022
Pai <34 anos na concepção	1,27	1,00–1,62	0,052	1,25	1,00–1,56	0,053
Mediador						
QV ruim (WHOQOL-BREF)	—	—	—	2,63	1,86–3,73	<0,001

RPa = Poisson HC1, N=153.

3c. Ideação suicida — análise exploratória na amostra total (N=153; prevalência=19,0%)	**RPa**	**IC95%**	***p***
Modelo ajustado: diagnóstico TM + renda + sem companheiro + QV ruim			
Diagnóstico prévio de TM	3,07	1,61–5,83	<0,001
Renda ≤1 SM	1,56	0,74–3,29	0,241
Sem companheiro(a)	1,33	0,68–2,61	0,410
QV ruim	3,60	1,40–9,24	0,008
Modelo parcimonioso (variáveis significantes no modelo ajustado)			
Diagnóstico prévio de TM	3,30	1,75–6,24	<0,001
QV ruim	4,29	1,68–10,93	0,002
Análise de sensibilidade: modelo parcimonioso + mãe atípica			
Diagnóstico prévio de TM	3,06	1,62–5,78	<0,001
QV ruim	3,55	1,45–8,66	0,005
Mãe atípica	4,23	0,60–29,58	0,147

Análise exploratória — Poisson HC1. Comparação entre grupos inviável (1 caso no grupo típico); Prevalências: atípicas=23,9% (28/117); típicas=2,8% (1/36); OR bruta=11,01 (IC95%=1,44–84,06; *p*=0,005). 100% dos 29 casos têm TMC e depressão positivos. A mãe atípica perde significância após ajuste (*p*=0,147).

A análise de associação mediada (Tabela 4) apresenta os índices produto-dos-coeficientes (β_a×β_b) para os caminhos via QV ruim: TMC (1,44; IC95%BC=1,08–2,47), depressão (2,01; IC95%BC=1,16–5,26) e ideação suicida (2,40; IC95%BC=1,13–21,03). Esses índices são descritivos — não constituem razões de prevalência indiretas nem decomposição formal do efeito total.

Discussão

Este estudo investigou uma cascata de desfechos de saúde mental em mães de crianças com TND no Nordeste brasileiro. Os achados confirmam que mães atípicas constituem grupo de extrema vulnerabilidade, com prevalências significativamente superiores em todos os desfechos.

As prevalências observadas — TMC em 81,2%, depressão em 65,8% e ideação suicida em 23,9% nas mães atípicas — são consistentes com revisões sistemáticas recentes.[4,6,10,25] O achado de que 15,7% das mães apresentaram simultaneamente os quatro desfechos aponta para sofrimento acumulado que não pode ser reduzido a diagnósticos isolados. Palma *et al*.[26,27] identificaram sobreposição semelhante em trabalhadores urbanos e população geral de Feira de Santana-BA — dados que, embora referentes a população geral e de trabalhadores, oferecem referencial comparativo contextual. A extrapolação para cuidadoras de crianças com TND deve ser feita com cautela, reconhecendo que os mecanismos de risco podem diferir qualitativamente.

Entre as mães atípicas, 85,5% relataram cuidado >6h/dia e 50,4% autocuidado ≤1h/dia. Embora essas variáveis não tenham sido incluídas nos modelos multivariados com N=153 — por serem mensuradas exclusivamente no grupo atípico e posicionadas como mediadores no DAG —, sua magnitude descritiva expressa o esgotamento progressivo de recursos físicos e emocionais imposto pela intensidade das demandas de cuidado.[28] Este achado é consistente com o modelo estressor-recurso: a intensidade das demandas esgota progressivamente os recursos disponíveis.[28,29] O tempo de cuidado direto não contempla o tempo de monitoramento passivo, gestão de agendas terapêuticas e ativismo pelos direitos da criança.

Outro elemento importante derivado dessa agenda pessoal é a privação de autocuidado que compromete a restauração física e psicológica, mantendo estado de vigilância permanente que predispõe ao sofrimento depressivo.[30] Apesar de 56,2% das mães relatarem rede de apoio, apenas 10,5% contavam com apoio profissional remunerado, indicando que o suporte informal disponível é insuficiente para garantir tempo efetivo de autocuidado.

A deterioração da saúde mental materna provocada pela sobrecarga de cuidado e pela privação de autocuidado não constitui apenas um desfecho individual — ela retroalimenta o próprio sistema que a gerou. Mães com TMC, depressão ou ideação suicida apresentam comprometimento progressivo da capacidade de cuidar, da responsividade afetiva e da gestão das demandas terapêuticas do filho, o que tende a agravar o prognóstico funcional e comportamental da criança com TND.[31,32] Nessa perspectiva, investir na saúde mental materna não é apenas um imperativo ético de cuidado à mulher — é também uma estratégia de saúde da criança.

Antes de interpretar os resultados da análise de mediação, é necessário reconhecer uma limitação fundamental: em estudos transversais, todas as variáveis são mensuradas simultaneamente e a verificação empírica da temporalidade não é possível. Os resultados descrevem padrões de associação consistentes com um modelo mediado, não a demonstração de mecanismo causal.[23,24]

O padrão observado é consistente com associação mediada da QV ruim para TMC (β_a×β_b=1,44; IC95%BC=1,08–2,47) e depressão (β_a×β_b=2,01; IC95%BC=1,16–5,26). A cascata sobrecarga → QV ruim → saúde mental é consistente com a teoria dos determinantes sociais de saúde,[11,12] mas a inferência causal requer delineamentos longitudinais.

A ideação suicida emerge como desfecho clinicamente relevante e fortemente concentrado no grupo atípico (23,9% *vs*. 2,8%; OR=11,01; IC95%=1,44–84,06; *p*=0,005), ainda que a comparação multivariada entre grupos seja inviável pelo pequeno número de casos. Na amostra total (prevalência=19,0%), a análise exploratória de Poisson identificou diagnóstico prévio de TM (RPa=3,30; IC95%=1,75–6,24; *p*<0,001) e QV ruim (RPa=4,29; IC95%=1,68–10,93; *p*=0,002) como preditores

Tabela 4

Índices de associação mediada via QV ruim — produto-dos-coeficientes com *bootstrap* BC (R=2.000 reamostras). Feira de Santana, Bahia, 2025.

Caminho	β_a×β_b	IC95% BC (2.000 ream.)	Padrão observado
Mãe atípica → QV ruim → TMC	1,44	1,08–2,47	Padrão consistente com associação mediada
Mãe atípica → QV ruim → Depressão	2,01	1,16–5,26	Padrão consistente com associação mediada
Mãe atípica → QV ruim → Ideação suicida[a]	2,40	1,13–21,03	Índice indicativo — IC amplo (n=28 positivos no grupo atípico)

β_a×β_b = produto-dos-coeficientes em log-escala de Poisson (MacKinnon *et al.*,[22]); IC95% bias-corrected percentile (BC), R=2.000 reamostras; Os valores representam índices descritivos de padrão de associação — não são razões de prevalência indiretas e não constituem decomposição formal do efeito causal total (delineamento transversal; Maxwell & Cole[23]; VanderWeele,[24]); [a]IC amplo reflete n=28 positivos no grupo atípico; resultado deve ser interpretado como indicativo, não conclusivo; Caminho Mãe atípica → Depressão → Ideação suicida: impossível por separação completa dos dados (todos os 29 casos de ideação têm depressão positiva).

independentes. O perfil dos 29 casos evidencia sofrimento acumulado: 100% apresentaram TMC e depressão, 82,8% QV ruim. O índice de associação mediada via QV ruim para ideação (βa×βb=2,40; IC95%BC=1,13–21,03) é indicativo, com IC amplo refletindo o n=28 no grupo atípico. Esses resultados devem ser interpretados com sobriedade e não extrapolados além do que os dados sustentam.

Como determinantes sociais de saúde, o diagnóstico prévio de TM emergiu como preditor consistente de TMC e depressão (RPa=1,35 e 1,47), com estimativas estáveis e intervalos de confiança precisos nos modelos de Poisson. A análise de sensibilidade confirmou estabilidade dos demais coeficientes na ausência desta variável (variação <5%). Este achado tem implicações clínicas relevantes: mães com histórico psiquiátrico podem constituir um grupo que merece atenção ampliada em contextos de elevada sobrecarga de cuidado, uma vez que situações de estresse prolongado podem favorecer reativação ou agravamento de quadros prévios. Assim, recomenda-se triagem e acompanhamento em serviços que atendem crianças com TND, especialmente quando associados a condições de vulnerabilidade psicossocial.

Embora a ideação suicida e o suicídio consumado não sejam desfechos exclusivamente associados à depressão, o adoecimento depressivo constitui marcador proximal de risco particularmente relevante nesta população, demandando estratégias integradas de prevenção e cuidado em saúde mental.[26,27]

Os resultados apontam para necessidade de políticas públicas intersetoriais. Na Atenção Básica, recomenda-se incorporação sistemática de rastreio psicopatológico nas consultas de puericultura de crianças com TND. No nível especializado, centros de reabilitação infantil devem integrar atendimento psicológico às mães e programas estruturados de respiro familiar. Em nível de políticas, estratégias de impacto incluem: ampliação de benefícios sociais para famílias com crianças atípicas; criação de centros-dia; políticas de inclusão escolar efetivas; e capacitação de profissionais para identificar e manejar o sofrimento materno.[33,34]

Merece destaque a importância de qualificar o suporte social existente. A maioria das mães refere ter alguma rede de apoio, mas este suporte é predominantemente informal e insuficiente para garantir tempo efetivo de autocuidado. Intervenções que fortaleçam e formalizem essa rede – como grupos de apoio comunitários, programas de capacitação de familiares e parcerias com serviços sociais – podem constituir estratégias de baixo custo e alto impacto para redução da sobrecarga materna.

O desenho transversal não permite inferência causal sobre mecanismos mediadores. O tamanho amostral obtido (n=117 atípicas) ficou aquém do calculado (n=137), limitando o poder estatístico em algumas análises. O *snowball sampling* para mães típicas limita a representatividade e não foi tratado analiticamente. A estrutura de díades (dependência entre observações aninhadas na mãe indicadora) não foi registrada, impedindo ajuste por cluster — os intervalos de confiança nas comparações entre grupos podem estar subestimados.

Uma limitação adicional é a não aferição do status neurodivergente das próprias mães. Dado que a herdabilidade do TEA é estimada entre 60–90%, parte das mães atípicas pode apresentar perfil neurodivergente não diagnosticado, com camuflagem (*masking*) e esgotamento autístico (*autistic burnout*) operando como variável omitida nas análises.[35,36] Estudos futuros deverão incorporar instrumentos de rastreio para neurodivergência materna.

Este estudo documentou que mães de crianças com TND em Feira de Santana-BA apresentam prevalências de QV ruim, TMC, depressão e ideação suicida significativamente superiores às de mães de crianças típicas. A condição de mãe atípica e os problemas obstétricos foram os preditores de QV ruim no modelo ajustado.

O padrão de associação via QV ruim para TMC e depressão é consistente com mediação, com índices produto-dos-coeficientes dentro dos respectivos IC95% *bootstrap*. Para ideação suicida, a diferença entre grupos é marcante na análise bivariada (OR=11,01), e a análise exploratória na amostra total identificou diagnóstico prévio de TM e QV ruim como preditores independentes — resultado que deve ser interpretado com sobriedade dado o pequeno número de casos. O desenho transversal não permite inferência causal sobre mecanismos mediadores.[23,24]

Esses achados reforçam a urgência de estratégias intersetoriais que ampliem o suporte às famílias de crianças com TND, com especial atenção à saúde mental materna como componente estruturante do cuidado integral.

Agradecimentos

Agredecemos ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Centro Universitário Nobre — UNIFAN (PBIC 01/2024) pelo apoio financeiro.

Contribuição dos autores

Palma TF: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise formal, Obtenção de financiamento, Investigação, Metodologia, Administração de projetos, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Redação – rascunho original, Escrita – revisão e edição

Souza ES: Conceitualização, Obtenção de financiamento, Investigação, Recursos, Visualização, Redação – rascunho original

Santos LL: Conceitualização, Obtenção de financiamento, Investigação, Recursos, Visualização, Redação – rascunho original

Tranquilli AG: Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesses.

Uso de inteligência artificial

Ferramentas de IA generativa (Claude, Anthropic) foram utilizadas como suporte à revisão textual e à verificação formal das referências. A condução da pesquisa, análise dos dados e redação original foram realizadas exclusivamente pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo.

Disponibilidade de dados

Dados primários não disponíveis publicamente (Resolução CNS nº 510/2016). Dados anonimizados disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente (tfpalma@gmail.com) e aprovação do CEP.

Referências

1. Scherer L, Franqui LH, Botelho LLR. Multijornada: desafios da mulher contemporânea para gerenciar família, trabalho e estudo. Rev Caribeña Cienc Soc. 2018 [*Internet*]. [acesso em 2025 Jan 20]. Disponível em: https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/desafios-mulher-contemporanea.html
2. Costa FA. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. Pretextos. 2018; 3 (6): 434-52.
3. Misquiatti ARN, Brito MC, Ferreira FP, Assumpção Jr FB. Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. Rev CEFAC. 2015; 17 (1): 192-200. doi: 10.1590/1982-0216201520413.
4. Lins-Silva DH, Bandeira ID, Faria-Guimarães D, Dorea-Bandeira I, Tolentino A, Miranda-Scippa Â, *et al*. Prevalence of mental disorders among family members of individuals on the autism spectrum: systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2025 Apr; 34 (4): 1267-79. doi: 10.1007/s00787-024-02575-8.
5. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2013 Mar; 43 (3): 629-42. doi: 10.1007/s10803-012-1604-y.
6. Singer GHS. Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. Am J Ment Retard. 2006 May; 111 (3): 155-69. doi: 10.1352/0895-8017(2006)111[155:MOCSOD]2.0.CO;2.
7. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. J Pediatr (Rio J). 2015; 91 (2): 111-21. doi: 10.1016/j.jped.2014.08.009.
8. Santos JR, Reis MCS, Silva KFP. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Cad Bras Saúde Mental. 2024; 16 (47): 41-53.
9. Santiago CFG, Lelis DF, Ferreira GFS, Pinto AL, Caldeira IP, Ribeiro NG, *et al*. Mental health in mothers of children with autism spectrum disorder: a cross-sectional study. Women Health. 2024 Sep; 64 (8): 636-47. doi: 10.1080/03630242.2024.2392137.
10. Fávero-Nunes MA, Santos MA. Depressão e qualidade de vida em mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Rev Latinoam Enferm. 2010; 18 (1): 33-40. doi: 10.1590/S0104-11692010000100006.
11. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
12. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Tradução ED. Nunes. Rev Latinoam Salud. 1982; 2: 7-25.
13. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008 Apr; 61 (4): 344-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Feira de Santana. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. [*Internet*]. [acesso em 2025 Jan 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/feira-de-santana.html
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. Rev Saúde Pública. 2000 Apr; 34 (2): 178-83. doi: 10.1590/s0034-89102000000200012
16. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Rev Baiana Saúde Pública. 2010; 34 (3): 544-60. doi: 10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54.

17. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, *et al*. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública. 2013 Aug; 29 (8): 1533-43. doi: 10.1590/0102-311x00144612.

18. Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol. 2004; 159 (7): 702-6. doi: 10.1093/aje/kwh090.

19. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003; 3: 21. doi: 10.1186/1471-2288-3-21.

20. Greenland S, Pearl J, Robins JM. Causal diagrams for epidemiologic research. Epidemiology. 1999; 10 (1): 37-48.

21. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2018.

22. MacKinnon DP, Lockwood CM, Brown CH, Wang W, Hoffman JM. The intermediate endpoint effect in logistic and Poisson regression. Clin Trials. 2007; 4 (5): 499-513. doi: 10.1177/1740774507083434.

23. Maxwell SE, Cole DA. Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. Psychol Methods. 2007; 12 (1): 23-44. doi: 10.1037/1082-989X.12.1.23.

24. VanderWeele TJ. Explanation in causal inference: methods for mediation and interaction. New York: Oxford University Press; 2015.

25. Emerson E, Hatton C, Llewellyn G, Blacher J, Graham H. Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2006 Dec; 50 (Pt 12): 862-73. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00900.x

26. Palma TF, Teixeira JRB, Pinho PS, Araújo TM. Factors associated with suicidal ideation: a block-ordered multivariate modeling approach. Estud Psicol (Campinas). 2025; 42: e10235. doi: 10.1590/1982-0275202542e10235

27. Palma TF, Teixeira JRB, Araújo TM. Ideação suicida entre trabalhadores(as) urbanos de um município de grande porte, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2026;42 (1): e00100024. doi: 10.1590/0102-311XPT100024

28. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003 Mar; 58 (2): P112-28. doi: 10.1093/geronb/58.2.p112

29. Karst JS, Van Hecke AV. Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. Clin Child Fam Psychol Rev. 2012 Sep; 15 (3): 247-77. doi: 10.1007/s10567-012-0119-6

30. Hartley SL, Seltzer MM, Head L, Abbeduto LJ. Psychological Well-being in Fathers of Adolescents and Young Adults with Down Syndrome, Fragile X Syndrome, and Autism. Fam Relat. 2012 Apr; 61 (2): 327-42. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00693.x

31. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychol Rev. 1999 Jul; 106 (3): 458-90. doi: 10.1037/0033-295x.106.3.458

32. Sanini C, Brum EHM, Bosa CA. Depressão materna e implicações sobre o desenvolvimento infantil do autista. J Hum Growth Dev. 2010; 20 (3): 809-15. doi: 10.7322/jhgd.19989

33. Parish SL, Thomas KC, Williams CS, Crossman MK. Autism and families' financial burden: the association with health insurance coverage. Am J Intellect Dev Disabil. 2015 Mar; 120 (2): 166-75. doi: 10.1352/1944-7558-120.2.166

34. Cantwell J, Muldoon O, Gallagher S. The influence of self-esteem and social support on the relationship between stigma and depressive symptomology in parents caring for children with intellectual disabilities. J Intellect Disabil Res. 2015 Oct; 59 (10): 948-57. doi: 10.1111/jir.12205.

35. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: an investigation of the female autism phenotype. J Autism Dev Disord. 2016; 46 (10): 3281-94. doi: 10.1007/s10803-016-2872-8

36. Crompton CJ, Ropar D, Evans-Williams CV, Flynn EG, Fletcher-Watson S. Autistic peer-to-peer information transfer is highly effective. Autism. 2020; 24 (7): 1704-12. doi: 10.1177/1362361320919286

Recebido em 23 de Abril de 2026
Versão final apresentada em 25 de Junho de 2026
Aprovado em 27 de Junho de 2026

Editor Associado: Melania Amorim

Figura Suplementar 1

Diagrama Acíclico Direcionado (DAG).

