

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO  
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

**BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS**

**VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A  
INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE  
IDADE**

**Bauru**

**2016**

**BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS**

**VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A  
INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE  
IDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru, como requisito na obtenção de título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Adj<sup>a</sup>. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

**Bauru**

**2016**

CAMPOS, BÁRBARA CAMILA DE

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A  
INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE  
IDADE / BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS 2016

75 f.

Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual  
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2016.

1. Depressão pós-parto; 2. Comportamento Materno; 3.  
Interação mãe-bebê; 4. Interação mãe-criança. I.  
Universidade Estadual Paulista. Faculdade de  
Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS.**

Aos 24 dias do mês de fevereiro do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Pós-graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> PATRÍCIA ALVARENGA do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal da Bahia, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> BÁRBARA FERNANDES CARVALHO FIGUEIREDO do(a) Departamento de Psicologia Aplicada / Universidade do Minho, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, intitulada **VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS PARTO E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> PATRÍCIA ALVARENGA

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> BÁRBARA FERNANDES CARVALHO FIGUEIREDO

## AGRADECIMENTOS

Neste momento em que a finalização deste trabalho se torna um pouco mais próxima, algumas pessoas que estiveram presentes e colaboraram de alguma forma, estão listadas com muito afeto na memória.

À minha querida orientadora Olga agradeço por toda paciência, confiança e por ter acreditado neste projeto. Obrigada por desde cedo me mostrar que, embora essa fosse uma longa e difícil caminhada com reforçadores a longo prazo, eu poderia prestar atenção e identificar muitos outros, menores, a cada dia!

À banca examinadora composta pela Profa. Dra. Bárbara Figueiredo e Profa. Dra. Patrícia Alvarenga pela prontidão, dedicação e compromisso. Suas contribuições foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À todos os professores que trouxeram muitos modelos, foram ativos em seu compromisso com a educação e servem de inspiração para essa trajetória acadêmica que se inicia.

À FAPESP pelo apoio e incentivo financeiro.

À todas as mães e bebês que participaram desse trabalho e fazem parte da minha vida profissional há tanto tempo no projeto de extensão que, indiretamente, me ensinaram muito sobre as mudanças de papéis durante a vida e sobre respeitar o tempo delas.

Além dos agradecimentos às pessoas que participaram ativamente nesse trabalho, agradeço também toda a minha rede de apoio, requisitada em muitos momentos!

Sei que as atribuições do mestrado, muitas vezes eram atividades solitárias e difíceis de entender, mas vocês, minha família, mesmo assim estavam lá me motivando a continuar. Obrigada por todo suporte material e, principalmente emocional.

Aos meus amigos do Curso de Psicologia, que colaboraram e compartilharam desse desejo desde o início. À Luiza e a Jussara, nosso trio inspirador, à Tais minha companhia quase diária nesses dois últimos anos, aos amigos da graduação e do mestrado (Dani, Fanta, Flávia, Gabi, Isa, Karina, Mari, Mayara, Pitty, Rô, Tahena... e tantos outros)

E, finalmente, a todos os amigos que, de fora e sem entender muito bem esse mundo, sempre foram compreensivos, reforçadores e empáticos comigo! Principalmente as Khaleesi's, um grupo que me proporcionou muitos momentos de mudança de foco e lazer!

Esse trabalho é apoiado pela FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, mediante a concessão de bolsa de mestrado, com período de vigência de agosto de 2014 a fevereiro de 2016 (processo nº 2014/08845-2).



## Sumário

Resumo .....	6
Lista de Tabelas .....	10
Apresentação .....	11
Capítulo I: Depressão pós-parto: variáveis sociodemográficas .....	15
Capítulo II: A depressão pós-parto e a interação mãe-bebê .....	35
Referências.....	62
Anexos.....	72

CAMPOS, B. C. **Variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e a interação mãe-bebês de quatro a seis meses de idade**, 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

## **RESUMO**

Desde o nascimento a interação do recém-nascido com o mundo é facilitada pela mãe. Estudos indicam que a saúde mental materna pode afetar a qualidade desta interação e, por exemplo, mães deprimidas podem interagir pouco com seu bebê, podendo gerar déficits comportamentais e cognitivos, identificáveis ao longo do desenvolvimento. Este trabalho, composto por dois estudos, pretendeu descrever e relacionar o índice de depressão pós-parto apresentado por mães de bebês com as variáveis sociodemográficas e avaliar a relação entre a presença da depressão e a qualidade da interação mãe-bebê. Participaram mães e seus bebês, usuárias do Projeto de Extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”. No primeiro estudo pretendeu-se identificar fatores de risco para a depressão pós-parto considerando variáveis sociodemográficas maternas, dos bebês e familiares. Uma amostra de 103 mães participou da primeira etapa em que responderam a uma entrevista inicial para a coleta de dados sociodemográficos e a “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” (EDPE). Os resultados apontaram que 33% das mães apresentaram depressão pós-parto. Segundo o teste estatístico  $\rho$  de Pearson observou-se correlação linear negativa com a escolaridade materna ( $p=0,008$ ), ou seja, quanto maior o índice de depressão, menor o número de anos de estudo. Além disso, houve uma correlação linear positiva entre a depressão e a condição socioeconômica ( $p=0,044$ ), sendo que a variação da ABEP é decrescente. Desta forma, quanto mais pontos na EDPE mais pontos na ABEP, caracterizando menor nível socioeconômico. A análise da regressão linear múltipla indicou que a baixa escolaridade materna ( $p=0,010$ ) pode ser um preditor para depressão pós-parto. No segundo estudo, pretendeu-se descrever comportamentos interativos maternos e do bebê considerando o índice de depressão pós-parto. Neste estudo a amostra foi de 30 díades divididas em Grupo 1 (grupo clínico) e Grupo 2 (grupo não clínico) de acordo com o ponto de corte 12 na EDPE, a análise da interação foi feita pelo Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R). As participantes do G1 apresentaram pontuação média na EDPE de 14 pontos e as do G2 cinco pontos. Ao comparar

G1 e G2, com o Teste T de amostras independentes, houve uma diferença significativa no comportamento de choro ou Protesto de Choro/Protesto ( $p=0,002$ ) e para o Comportamento Protetor Neutro o Negativo ( $p=0,020$ ) com médias mais altas para bebês filhos de mães deprimidas (L: 8,46; 2,94 e P0/-: 5,46; 3,60). O resultado da correlação de Pearson indicou correlação positiva entre a depressão com comportamento de Choro/Protesto ( $p=0,009$ ) e correlação negativa entre a depressão e o Comportamento Protetor Positivo ( $p=0,039$ ). Há diferenças importante para os resultados obtidos na análise de correlação dos comportamentos interativos dos grupos separadamente, no G1, houve correlação positiva significativa entre o Comportamento de Aproximação Social Neutro com o Sensível Neutro ( $p=0,049$ ) e de Passividade ou Apatia com Comportamento Não-Responsivo ( $p=0,005$ ), os resultados do G2 indicam que na interação das díades os comportamentos que se correlacionaram, positivamente foram os de Aproximação Social Positiva com os Comportamentos Sensível Positivo ( $p=0,031$ ) e Sensível Neutro ( $p=0,050$ ), além da correlação negativa do primeiro com o Comportamento Protetor Neutro ( $0,005$ ). Os dados contribuem para compreensão do papel presença da depressão para a interação e o desenvolvimento infantil. Ao identificar as diferenças entre os comportamentos expressos nos dois grupos considerando a variável depressão, houve diferença em algumas categorias. Os resultados confirmam outros estudos e tendências em relação à baixa responsividade e sincronia da díade em que a mãe está deprimida, desta forma têm-se aí um grupo de risco em que a díade deve ser cuidada, garantindo saúde e um desenvolvimento adequado.

Palavras- chave: Depressão pós-parto; comportamento materno; interação mãe-bebê; interação mãe-criança

## **ABSTRACT**

The newborn interaction with the world is facilitated by his mother. Studies indicates that maternal mental health can affect the quality of this interaction, for example, depressed mothers may interact less with their baby and it can cause behavioral and cognitive deficits throughout the development. This work, consisting on two studies which describe and relate the index of postpartum depression presented on the baby's mothers with socio-demographic variables and evaluate the relationship between the presence of depression and quality of mother-infant interaction. Participated mothers and their babies, Extension Project users "Monitoring the development of babies: evaluation and guidance for parents." In the first study aimed to identify

risk factors for postpartum depression considering maternal, babies and family socio-demographic variables. A sample of 103 mothers participated in the first step in responding to an initial interview to collect demographic data and "Edinburgh Postpartum Depression Scale" (EPDS). The results showed that 33% of the mothers had postpartum depression. The average age of the infants was 4.4 months, the gestational age of 36.9 weeks, with respect to risk condition (prematurity, low birth weight and teen mom), 46% had some of these characteristics. The average age of the mothers was 27.2, about the type of family, 78% of the sample is nuclear family and the socioeconomic level of the sample is Class B (68%). In the second study was intended to describe maternal interactive behaviors and baby considering the postpartum depression index. The results showed that 33% of mothers had postpartum depression. According to statistical Pearson test was observed negative linear correlation with maternal education ( $p = 0.008$ ), the higher the rate of depression, lower the number of years of study. In addition, there was a positive linear correlation between depression and socioeconomic status ( $p = 0.044$ ), and the variation of ABEP is decreasing. In this way, the more points in EDPE more points in ABEP, featuring lower socioeconomic status. The analysis of multiple linear regression showed that low maternal education ( $p = 0.010$ ) can be a predictor of postpartum depression. In the second study was intended to describe maternal interactive behaviors and baby considering the postpartum depression index. In this study the sample was 30 dyads divided into Group 1 (clinical group) and Group 2 (non-clinical group) according to the cutoff point 12 in EDPE, the analysis of the interaction was taken by System of the Mother-Child Interaction Coding revised (CITMI-R). The participants of the G1 had a mean score in EDPE 14 points and G2 five points. When comparing G1 and G2, with the T test for independent samples, there was a significant difference in Crying or Protest Behavior ( $p = 0.002$ ) and the Neutral or Negative Behavior of Protect ( $p = 0.020$ ) with higher average for children of depressed mothers babies (L: 8.46; 2.94 and P0 / -: 5.46; 3.60). The result of Pearson correlation showed a positive correlation between depression with Crying or Protest Behavior ( $p = 0.009$ ) and negative correlation between depression and Positive Protect Behavior ( $p = 0.039$ ). There are important differences in the results obtained in the analysis of correlation of interactive behaviors of the groups separately, the G1, there was a significant positive correlation between Neutral Behavior of Social Approaching with Neutral Sensibility ( $p = 0.049$ ) and Passivity or Apathy Behavior with Non-Responsive ( $p = 0.005$ ), results in G2 indicate that the interaction of dyads behaviors that correlate positively were the Positive Social Approach to Positive Behavior of Sensibility ( $p = 0.031$ ) and Neutral Sensibility ( $p = 0.050$ ), and the negative

correlation of the first with the Neutral Behavior of Protect (0,005). The data contribute to understanding the role of the presence on depression for interaction and child development. By identifying the differences between the behaviors expressed in both groups considering the variable depression, there were differences in some categories. The results confirm other studies and trends in relation to low responsiveness and timing of the pair in which the mother is depressed in this way to have there as a risk of group in which the dyad must be looked after, ensuring health and proper development.

Keywords: Postpartum depression; maternal behavior; mother-infant interaction; mother- child interaction.

## LISTA DE TABELAS

### Capítulo 1:

Tabela 1. Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) das variáveis quantitativas pesquisadas 33

Tabela 2. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis categóricas pesquisadas. 34

Tabela 3. Correlação entre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação de depressão (EPDE) e dados sociodemográficos da Entrevista Inicial. 35

Tabela 4. Análise da regressão linear múltipla para as variáveis sociodemográficas maternas e do bebê e a depressão pós-parto materna. 36

### Capítulo 2:

Tabela 1. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis pesquisadas. 55

Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos clínico e não clínico, considerando as variáveis sociodemográficas. 56

Tabela 3. Caracterização geral da amostra com média e desvio padrão de acordo com as categorias do CITMI-R 62

Tabela 4. Correlação entre os comportamentos interativos do bebê e maternos, considerando a amostra toda 63

Tabela 5. Média de comportamentos interativos da amostra no Grupo 1 e 2. 64

Tabela 6. Correlação entre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação de depressão (EPDE) e dados da interação segundo o CITMI-R, para a amostra toda. 65

Tabela 7. Correlação entre os comportamentos interativos do bebê e maternos, considerando a divisão em G1 (grupo clínico) e G2 (não-clínico) 66

## APRESENTAÇÃO

Estudos da Psicologia sobre o desenvolvimento humano têm como base as mudanças progressivas e graduais nas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas dos indivíduos durante todo o ciclo vital, com o objetivo de identificar como e quais os fatores biológicos e psicossociais que influenciam essas mudanças (VASCONCELOS; NAVES; ÁVILA, 2010).

O estudo e a identificação de possíveis variáveis que influenciam, enquanto fatores de risco ou proteção, os comportamentos maternos em relação ao seu filho, é relevante e pode contribuir para intervenções em desenvolvimento infantil. Levando em conta que a família é o primeiro contexto social em que as crianças estão inseridas, ressalta-se a boa saúde mental, as habilidades maternas e a importância da interação entre a mãe ou cuidador com seu bebê enquanto contexto de aprendizagem de comportamentos (TRONIK; WEIMBERG, 1997; FIGUEIREDO, 2003)

Reflexões atuais sobre os conceitos de saúde e doença buscam transpor os limites do setor da saúde e do modelo biológico, num processo de integração com outras áreas. Dessa forma, têm-se saúde enquanto um produto social que estabelece a indissociabilidade entre os aspectos físicos, mentais e sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde “saúde não é apenas a ausência de doenças ou enfermidades, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Neste sentido “qualidade de vida” torna-se um conceito chave nessa relação, estudos indicam que há de se considerar cinco dimensões para o conceito: saúde física; saúde psicológica; nível de independência (em aspectos de mobilidade, dependência de medicamentos ou serviços de cuidado e capacidade laboral); relações sociais e meio ambiente (OMS, 2001).

A resiliência é um conceito que ganhou destaque na área da saúde nas últimas décadas. É tida como um conjunto de comportamentos que remetem a estratégias de enfrentamento individuais e a comportamentos habilidosos que garantem maior probabilidade de resolução de problemas. Sem perder de vista as características dinâmicas e contextuais do conceito, estudos relacionam a história de vida do sujeito e a exposição aos fatores de risco e proteção como base para a sua compreensão (MASTEN, 2001).

Os fatores de risco são variáveis ou condições que, probabilisticamente, estão associadas a influências adversas para desenvolvimento, como por exemplo, os

comportamentos/acontecimentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social. Os fatores de risco dividem-se em: risco biológico e risco ambiental, podendo ocorrer antes, durante e após o nascimento. Os de origem genética, ou estabelecidos são decorrentes de erros inatos do metabolismo e malformações congênitas: prematuridade, baixo peso ao nascimento, complicações no parto e na gravidez. Já os fatores de risco ambientais, envolvem a interação com o ambiente: experiências adversas de vida ligadas à família como, falta de recursos sociais, conflitos, morte, doença crônica, problemas de saúde mental do cuidador, hospitalizações, divórcio dos pais, separações, violência e maus-tratos (ACHENBACH, 1992; REPPOLD *et al.*, 2002).

Por outro lado, os fatores de proteção consistem em aspectos que atenuam, modificam ou melhoram os efeitos negativos do risco, no desenvolvimento e na adaptação. Os fatores de proteção também envolvem os mecanismos de proteção, que são variáveis presentes no ambiente familiar, social ou recursos que o indivíduo, na sua história de vida, aprendeu para lidar com as situações consideradas adversas. Como exemplo, boa qualidade e estabilidade nas interações, boa comunicação pais-filhos, coesão, demonstração de reconhecimento e aceitação, estabelecimento de limites, condições socioeconômicas estáveis e apoio social. A principal característica dos fatores de proteção é modificar a resposta do indivíduo à situação de risco (ACHENBACH, 1992; PINHEIRO, 2004).

O Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP de Bauru, conta desde 1999 com o projeto de extensão universitária “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, sob coordenação da Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. O projeto de extensão tem como objetivo avaliar o desenvolvimento por meio do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) e orientar os pais em como estimular o seu desenvolvimento, mês a mês, durante o primeiro ano de vida, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, são cadastrados no Banco de Leite Humano, onde são captados e, por telefone, convidados a participar do projeto. A partir de 2014, o projeto também ocorre vinculado ao “Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascidos Muito Baixo Peso ao Nascer” da Maternidade Santa Isabel/Bauru – SP. Neste serviço, todos os bebês atendidos pela equipe de pediatria do hospital passam pela avaliação da equipe de psicólogas do projeto.

No ano de 2012, como projeto de iniciação científica vinculado a esse projeto de extensão, iniciou-se a coleta de dados sobre depressão pós-parto com o objetivo de identificar a população atendida no projeto e coletar dados a respeito de suas práticas de cuidados

primários e estimulação dessas mães. Foi utilizada a “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” (EDPE) e a “Escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância”. Os resultados obtidos nesse estudo com 132 mães indicaram sintomas de depressão para 29,5% da amostra. Com relação às práticas houve diferenças significativas entre os grupos clínicos e não clínicos na dimensão das práticas de Estimulação, indicando que mães deprimidas podem interagir e estimular menos seus bebês (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Levando em conta os resultados dos estudos atuais, percebe-se a importância de realizar investigações sobre a incidência da depressão materna e, também, como comportamentos tidos como depressivos podem influenciar a interação dessas mães com seus bebês. Estudos indicam que uma mãe deprimida pode ocasionar prejuízos na qualidade dessa interação desde os meses iniciais do período pós-parto (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; MURRAY; HALLIGAN; COOPER, 2010; LOBATO *et al.*, 2011). A carência de interação com o bebê pode gerar déficits comportamentais e a presença da depressão também pode causar prejuízos cognitivos tanto para a mãe quanto para o bebê (PEARSON *et al.*, 2013).

Os princípios do Sistema Único de Saúde, pela lei 8.080/90, estipulam que o novo modelo de assistência em saúde e saúde mental atenda a população também na prevenção, entendendo o processo de saúde-doença como algo social (LIBERATO, 2009). A emergência da depressão como um problema de saúde pública indica a importância da obtenção de dados precisos e rigor teórico em estudos que favoreçam o conhecimento a respeito do transtorno para que sejam traçadas estratégias em relação a identificação e diagnóstico precoce além da possibilidade de prevenção diante da presença dos fatores de risco, como da depressão pós-parto. O objetivo central é estabelecer políticas de prevenção e práticas de intervenção mais efetivas em saúde mental no âmbito da atenção básica do sistema de saúde além de desenvolver medidas educativas que possam reduzir a desigualdade de informações e desmistificar o transtorno depressivo com relação a seu estigma histórico. A possibilidade de redução de danos é fundamental para que mulheres com risco de desenvolver a DPP-M, visando diminuir os prejuízos sobre a mãe, os efeitos negativos em longo prazo para a díade e para o desenvolvimento infantil.

Sendo assim, a importância da avaliação precoce da depressão pós-parto e a observação de como se dão as interações pode oferecer pistas para intervenções com essa população. Este trabalho tem como objetivos: 1) identificar o índice de depressão pós-parto de mães de bebês com idade entre quatro e seis meses e a influência das condições sociodemográficas enquanto

fatores de risco para o transtorno e 2) analisar o efeito da depressão pós-parto, enquanto fator de risco, sobre a interação entre a díade.

Para contemplar os objetivos propostos este estudo foi dividido em dois capítulos:

Capítulo I: Depressão pós-parto: variáveis sociodemográficas.

O presente trabalho pretendeu identificar fatores de risco para a depressão pós-parto considerando variáveis do bebê (idade, idade gestacional, peso ao nascer, sexo, saúde ao nascer e condição de risco), variáveis maternas (idade, quantidade de consultas pré-natal, escolaridade, atividade remunerada, gravidez planejada, problemas de saúde na gestação e tipo de parto) e variáveis familiares (idade paterna, número de filhos, escolaridade paterna, atividade remunerada paterna, tipo de família e condição socioeconômica).

Capítulo II: A depressão pós-parto e a interação mãe-bebê.

Esse capítulo teve como objetivo descrever o índice de depressão pós-parto de mães de bebês e a interação mãe bebê; analisar a influência da depressão pós-parto sobre comportamentos de interação maternos e dos bebês, comparando grupos de mães com e sem depressão; correlacionar o índice de depressão pós-parto e os comportamentos de interação maternos e do bebê e, correlacionar comportamentos interativos infantis e maternos para cada um dos grupos, com e sem depressão.

A seguir será apresentado cada capítulo.

## **CAPITULO I:**

### **Depressão pós-parto e variáveis sociodemográficas**

Historicamente, a saúde física destaca-se em relação à saúde mental e, até os dias de hoje, não há um consenso estritamente definido sobre saúde mental. A OMS prevê que, atualmente, em todo mundo, uma em cada quatro pessoas irá passar por uma condição desfavorável com alteração de saúde mental ao longo da vida e, entre as alterações, está a presença da depressão. Mundialmente o transtorno afeta mais de 350 milhões de pessoas, uma população que aumenta, em média, 5% a cada ano. Além da crescente incidência, dados sobre a reincidência da depressão indicam que 80% das pessoas afetadas podem apresentar, pelo menos, uma nova crise depressiva ao longo da vida, o que torna o transtorno um problema de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2012).

Abordagens estruturalistas, características do modelo médico, dão ênfase para a topografia dos comportamentos e descrição dos sintomas para diagnóstico e tratamento. A depressão como doença é classificada, segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) (APA, 2013), como Transtorno Depressivo. Com ênfase na característica da multideterminação do transtorno, o manual lista a influência de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares como causas para o fenômeno e, também, lista classificadores que podem ser usados para delinear a condição clínica: leve, moderado, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, crônico, com características ansiosa, mista, catatônica, melancólica, atípica, sazonal e pós-parto. O manual da Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993) já estabelecia esses critérios e classificava a depressão quanto à duração, frequência, intensidade e predomínio dos sintomas (código F53).

Os atuais critérios utilizados para o diagnóstico e classificação dos estados depressivos do DSM-V, para diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior (TDM), implicam na apresentação de cinco ou mais dos sintomas: 1) Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias; 2) Acentuada diminuição do prazer ou interesse em atividades que costumeiramente realizava, na maior parte ou quase todos os dias; 3) Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite na maioria dos dias; 4) Insônia ou hipersônia na maioria dos dias; 5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; 6) Fadiga e perda de energia quase

todos os dias; 7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias; 8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros) e, 9) Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo. Tais sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas e, cuja presença represente mudanças ou prejuízos do comportamento habitual, sendo que, pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

Tradicionalmente e até os dias atuais, o responsável pelo diagnóstico da depressão é o médico, preferencialmente o psiquiatra e, este é feito com base no exame clínico do paciente. Ao apresentar os sintomas dentro dos critérios descritos para o transtorno, ou seja, um número mínimo de sintomas típicos listados nos manuais DSM-V ou CID-10 e a permanência destes por, no mínimo, duas semanas, o tratamento farmacológico é indicado (NARDI, 2006). No Brasil, estima-se que 3% da população sofra com transtornos mentais persistentes e severos e, 10% com transtornos mentais leves (BRASIL, 2006). A OMS indica que apenas 10% da população afetada têm acesso a tratamentos adequados para depressão. A assistência aos indivíduos diagnosticados tem como referência dois programas governamentais, a maioria é assistida na atenção primária, enquanto apenas uma minoria recebe atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (WHO, 2012).

O tratamento aconselhado para a depressão inclui dois tipos de intervenções: a psicoterapia e a administração de medicamentos antidepressivos. Porém, o protocolo básico para intervenção terapêutica nas redes públicas é farmacológico, por meio da monoterapia com antidepressivos, preferencialmente os tricíclicos (TC's), seguido pelos inibidores de recaptura de serotonina (IRS's) ou de outras classes farmacológicas quando há alguma comorbidade. Além das políticas públicas deficitárias que prejudicam o acesso e utilização de serviços de saúde e os Centros de Atenção há, do ponto de vista histórico-social, um estigma relacionado aos transtornos mentais, incluindo a depressão, que prejudica o tratamento, o diagnóstico precoce e a prevenção na atenção primária (NARDI, 2006).

Embora estabelecido como padrão, o modelo estruturalista mostra-se pouco eficiente para explicar o transtorno enquanto síntese de múltiplas determinações. O Behaviorismo Radical, em uma abordagem funcionalista, acrescenta uma variável importante, além da topografia, à análise do fenômeno: a sua função (STURMEY, 1996). Para a Análise do Comportamento, a descrição contida nos manuais de saúde mental são respostas ou

comportamentos que descrevem sintomas apresentados por pessoas, por exemplo, deprimidas. Porém, esses sintomas ao serem expressos, são fruto da interação do indivíduo com seu ambiente. Desta forma a depressão se configura como um fenômeno multifacetado que tem como característica a redução da responsividade no repertório do organismo em relação ao seu ambiente (FERSTER, 1973).

Para Ferreira e Tourinho (2011), a depressão explica-se enquanto um conjunto de comportamentos complexos e alterações nos padrões respondentes e operantes de um indivíduo, sempre influenciada pelos três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural, indicados por Skinner (1981). Portanto, embora não haja um único modelo explicativo que abarque a depressão, os modelos existentes e aceitos atualmente pela área pressupõem a Análise Funcional enquanto instrumento de análise. Sturmey (1996) reuniu os principais estudos sobre o fenômeno em um artigo de revisão. Historicamente, o modelo conceitual de Ferster (1973) é o pioneiro na descrição da depressão sob a ótica da Análise do Comportamento. O autor aponta que os comportamentos depressivos seriam causados pela baixa frequência de reforçamento positivo associada ao aumento da frequência do reforçamento negativo, desencadeando uma redução de certas atividades habituais e, por consequência, aumento dos comportamentos de fuga e esquiva e os respondentes associados (queixas, choro e irritabilidade). Acredita-se que uma pessoa deprimida sofra influência de alterações biológicas, mas, a principal explicação para um repertório comportamental reduzido tem relação com a história de reforçamento do indivíduo. Pode se dever a possíveis falhas no aprendizado das interações sociais como, por exemplo, déficits de repertórios comportamentais e de habilidades sociais, decorrentes de problemas no desenvolvimento e de uma mediação pouco eficiente no aprendizado das interações. Este modelo é básico e, até hoje, orienta a maioria dos estudos relativos à avaliação funcional e à intervenção na depressão.

Estudos experimentais relacionam o “desamparo aprendido”, proposto por Seligman (1977), como um modelo analítico-comportamental aplicado para a depressão. A história passada do participante, ou seja, a experiência decorrente da exposição à eventos incontroláveis, exerce extrema influência no comportamento apresentado ao longo da vida (FERREIRA; TOURINHO, 2013). Hunziker (2005, 2011), em um experimento, simula o modelo animal para o desamparo aprendido e expõem participantes a eventos aversivos incontroláveis (nenhuma resposta poderia modificar o ambiente ou servir de reforço negativo). Como resultado, observou-se que os participantes, por aprendizagem, pararam de estabelecer relações de contingência entre os eventos, houve redução da aprendizagem de respostas adaptativas e da

variabilidade para novas relações de contingência. Os respondentes associados a esse modelo e identificados nos participantes do experimento são padrões de comportamento semelhantes aos classificados como os de depressão em humano: redução da motivação; pouca sensibilidade aos reforçadores; pouca movimentação; redução da atividade sexual; alteração no sono; diminuição do apetite e perda de peso. Têm-se um modelo explicativo em que a história de exposição do indivíduo à punição prolongada e inevitável como, por exemplo, a morte de familiares, demissão ou dificuldades financeiras, podem ser um fator de risco. Ao limitar o acesso à reforçadores importantes as respostas relacionadas aos comportamentos depressivos podem adquirir função de reforçamento negativo (FERREIRA; TOURINHO, 2013).

Segundo Holmes (2001), estudos neurológicos com deprimidos identificaram uma relação entre o processamento de informações e redes neurais associativas de memórias que envolvem experiências aversivas. Desta forma, há a probabilidade de que esses indivíduos apresentem uma tendência a selecionar, se lembrar e associar os eventos às experiências negativas passadas. Para o autor, as “cognições negativas” indicam uma predisposição para que estes indivíduos, quando expostos aos fatores de risco, como um evento estressor; possam desencadear um quadro depressivo, além de contribuir para manutenção ou reincidência do transtorno.

Dougher e Hackbert (2003) afirmam que os princípios do comportamento depressivo estão relacionados à fatores como: desequilíbrio entre a taxa e a densidade de reforço, em média baixa para comportamentos adequados. Os comportamentos depressivos, como o de angústia podem estar relacionados a fatores que exercem as funções de estímulo discriminativo para a manutenção do comportamento e com esquemas de reforçamento negativo ou punição. A sensação desencadeada pelos subprodutos respondentes envolve operações estabelecedoras, comportamentos e processos verbais e a influência cultural.

Em relação à epidemiologia e a etiologia estudos indicaram maior frequência de depressão na população feminina. Com relação a faixa etária há maior ocorrência após os 24 anos, em média, independente do gênero. Entre os aspectos sociais há indicação que menor renda, desemprego, baixo nível de escolaridade e separação conjugal também são considerados fatores de risco (HOLMES, 2001).

Dados sobre saúde mental e gênero apontaram que não há diferenças significativas entre o risco para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas entre homens e mulheres, porém, identifica-se variações em relação a predominância dos transtornos para um e outro segmento. Em relação as diferenças de gênero estudos indicaram que os fatores relacionados à maior

frequência da depressão na população feminina são: psicossociais (historicamente ligados à maior vulnerabilidade social e dependência financeira; multiplicidade de papéis; problemas conjugais e familiares); história de distúrbios emocionais, como stress e ansiedade, pré-existentes; alterações hormonais (relação entre a diminuição do estrogênio e o desenvolvimento de depressão, característicos das fases pré-menstrual e pós-parto); genética e a resiliência (WISNER *et al.*, 2002 COHEN *et al.*, 2004). A depressão é considerada um problema de saúde pública, contribuindo para a elevação nos gastos dos serviços de saúde e é uma das doenças que mais gera afastamentos de mulheres no trabalho (FIGUEIRA; DINIZ; SILVA-FILHO, 2011). Dentre as expressões dos transtornos depressivos nessa população encontram-se dados sobre o período da gravidez e a incidência e recorrência de depressão. Por ocasião do nascimento de um bebê e todas as modificações bio-psico-sociais envolvidas, o período pós-parto é um evento estressor em potencial que está associado a ocorrência da depressão (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011). As alterações de humor características do pós-parto têm um espectro amplo relacionado à gravidade e comprometimento do indivíduo, sendo eles: o baby blues ou tristeza materna, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Para o diagnóstico diferencial têm-se o baby blues ou tristeza materna como um quadro transitório que não se configura como transtorno e acomete em torno de 50% a 85% das mães até dez dias após o parto. É caracterizado por um quadro melancólico, com disforia, choro frequente, ansiedade, irritabilidade e dependência. Há hipóteses de que esse quadro seja desencadeado devido à intensa mudança dos níveis hormonais característicos do pós-parto, somada ao stress do parto e às novas obrigações da maternidade (WISNER *et al.*, 2002; CANTILINO *et al.*, 2010; PRENOVEAU *et al.*, 2012).

A psicose puerperal é um quadro mais grave e pouco frequente na população, acometendo uma em cada 1.000 mães. Na maioria das vezes tem comorbidade com o transtorno bipolar, ocorrendo nas primeiras duas semanas após o nascimento do bebê. Os sintomas envolvem ansiedade severa, alucinações e delírios, exigem acompanhamento terapêutico e medicamentoso intensivo além de supervisão por conta da possibilidade de suicídio ou agressões ao bebê (SCHARDOSIM; HELDT; 2011; APA, 2013).

A depressão com início no pós-parto, denominada transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M), de acordo com o DSM-V (APA, 2013), ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto tendo, frequentemente, início durante a gestação. Embora a APA defina esse período para o diagnóstico do transtorno, há estudos que indicam que o período para diagnóstico deve ser estendido até doze meses após o parto (AUSTIM,

2014), sendo assim neste trabalho o termo depressão pós-parto será utilizado para participantes que indicaram sintomas de dois a 12 meses após o parto.

Com algumas especificidades o transtorno tem alta probabilidade de comorbidade com stress, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos, há menor incidência de suicídio e a resposta à terapia farmacológica é lenta, recomendando-se a combinação de mais de um medicamento (PRENOVEAU *et al.*, 2012). Além disso, embora notadamente mais frequente na população feminina a depressão pós-parto é um transtorno que, também, pode ser encontrado na população masculina. Alguns pesquisadores iniciaram estudos com essa população e encontraram que os transtornos psiquiátricos pós-parto paternos são semelhantes aos maternos, causando disfunções e impactando, principalmente, no apoio dado à mãe e ao bebê durante o primeiro ano pós-parto (KIM; SWAIN, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) a depressão pós-parto afeta 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos. Ainda, as mulheres com episódio de depressão maior anterior tem o risco aumentado em 25% a 50%.

Silva (2013), em uma revisão sistemática sobre a prevalência da DPP-M, analisou 337 estudos publicados entre 1980 e 2012 em 61 países. Os resultados indicaram que o índice de depressão variou de 0,5% em Singapura a 62,8% nos Estados Unidos, com prevalência média mundial de 16,63%. Um estudo de revisão de Norhayati *et al.* (2015) reuniu 203 estudos feitos entre 2005 e 2014. A análise indicou que a frequência da depressão pós-parto variou de 1,9% a 82,1% em países em desenvolvimento e de 5,2% a 74,0% em países desenvolvidos. No Brasil, Lobato, Moraes e Reichenheim (2011), em um artigo de revisão encontraram 14 estudos da última década que estimaram a prevalência da DPP-M no Brasil. As taxas encontradas nos estudos variaram de 7,2 no Nordeste a 39,4% no Sul do país. Uma pesquisa recente, feita em São Paulo/SP, com 462 mulheres que frequentavam hospitais públicos e privados obteve índices de depressão pós-parto distintos, sendo 26% na rede pública e 9% na particular (MORAIS *et al.*, 2015).

Esta análise sobre os dados de frequência da depressão pós-parto (DPP-M) indica que há pouco consenso nos estudos. Este fato pode ser justificado pela influência de diversos fatores, mas principalmente, pela metodologia utilizada nos estudos. Os índices devem ser considerados levando em conta os dados culturais, étnicos e socioeconômicos de uma população; além dos fatores de risco, proteção e não só o grau de desenvolvimento do país.

No que tange à metodologia, diferentes instrumentos são utilizados para rastreamento e diagnóstico da depressão pós-parto. Cantilino *et al.* (2010), Schardosim e Heldt (2011) e O'Hara

(2012), em artigos de revisão, identificaram sete escalas utilizadas para a triagem da DPP-M: a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE); a Postpartum Depression Screening Scale (PDSS); a Hopkins Symptom Check List (SCL-25), o Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), Escala de Depressão de Hamilton, Beck Depression Inventory (BDI) e a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Porém, em uma análise da frequência de utilização das escalas citadas, a maioria dos estudos revisados teve como instrumento de diagnóstico a EDPE. Tendais *et al.*(2014) avaliaram o desempenho da EDPE na detecção de sintomas depressivos durante a gravidez e após o parto e depois compararam os resultados da predição da escala com uma entrevista clínica, os resultados da comparação indicaram que a escala pode ser utilizada para a triagem da DPP-M com diferentes pontos de corte. Em estudo recente Carvalho e Moraes (2014) identificaram 33 estudos nacionais e internacionais que utilizaram a EDPE, na última década, como instrumento de avaliação para o diagnóstico dos comportamentos característicos da depressão pós-parto. Além disso identificou-se uma correlação significativa entre a EDPE e outras escalas utilizadas para identificar a depressão pós-parto. Desta forma a EDPE mostra-se um instrumento de uso frequente com bons índices de confiabilidade (GAYNES *et al.*,2005; SANTOS *et al.*, 2009; DE FELIPE, 2009).

Desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) teve sua adaptação e validação para a versão feita por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.*(2007). No Brasil ficou a nomenclatura Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) que é um instrumento de auto-registro, composto por dez itens pontuados em escala likert (zero a três) que variam de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma e a mãe assinala as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Seus itens incluem a investigações dos sintomas já listados como diagnósticos nos manuais de saúde mental. A somatória total dos escores resulta em 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva, neste estudo de validação, valor igual ou superior a 12. Estudos posteriores para a adaptação transcultural indicaram pontos de corte diferentes e reduzidos para a identificação da DPP-M. Santos, Martins e Pasquali (1999) num estudo com mães do centro-oeste brasileiro identificou o ponto de corte 11/12. Mais recentemente, Santos *et al.*(2007) recomendou o ponto de corte entre nove e 10 pontos como critério para identificar potencial risco para DPP-M e, entre 10 e 11, para a identificação de casos de DPP-M moderada ou grave.

Wisner *et al.*(2002) indicam que os fatores biológicos em desequilíbrio podem explicar a etiologia da DPP-M, principalmente: estrógenos gonodais, progesterona, cortisol, prolactina,

norepinefrina, cálcio e adenosina monofosfato cíclico. Uma queda ou modificação nas taxas desses hormônios reprodutores podem desencadear modificações na atividade dos neurorreguladores e neurotransmissores e ocasionar o surgimento dos sintomas de alteração de humor característicos da DPP-M. Além desses fatores há indícios de que haja uma predisposição de base genética modulando a vulnerabilidade para traço de sintomas depressivos no pós-parto. Um estudo de Forty *et al.*(2006) identificou que, de uma amostra de mulheres com depressão pós-parto, 42% das que desenvolveram DPP-M tinham histórico na família. Diante dos dados a respeito de uma possível predisposição de uma determinada população, sabe-se que a exposição ambiental ao evento estressor é potencial risco para desencadear o transtorno.

Uma revisão sistemática sobre depressão pós-parto e fatores de risco, feita por Aliane, Mamed e Furtado (2011), identificou 35 artigos nacionais e internacionais e, destes, listou 70 fatores de risco para depressão pós-parto. Entretanto, os mais frequentemente citados pertenciam ao agrupamento de fatores psicológicos/psiquiátricos seguido dos fatores socioeconômico/culturais e de suporte social/relações interpessoais.

Pesquisas têm apontado para semelhança entre os fatores de risco para a DPP-M na maioria das culturas e países. Os principais fatores são: episódio depressivo prévio, antes ou durante a gestação; histórico familiar de transtornos; ansiedade; conflitos familiares; exposição à eventos estressores durante a vida; pouco suporte social e financeiro; conflitos conjugais; gravidez na adolescência; gravidez indesejada; complicações no parto e dificuldades em lidar com o bebê decorrentes do comportamento, temperamento ou doenças (CONDE, FIGUEIREDO, BIFULCO, 2007; MURRAY *et al.*, 2011; LEAHY-WARREN; MCCARTHY; CORCORAN, 2012).

Uma revisão da literatura nacional sobre depressão pós-parto ou depressão puerperal e fatores de risco ou proteção feita nas bases de dados PubMed e SciELO gerou 18 resultados. Após a leitura dos estudos, foram selecionados onze artigos que identificaram relação entre a presença da depressão pós-parto e esses fatores. Pesquisadores tem considerado que o histórico prévio de depressão e a presença de estresse, sintomas depressivos ou ansiosos durante a gravidez são fatores de risco importantes para sintomas depressivos no pós-parto (CANTILINO *et al.*, 2010; FIGUEIRA; DINIZ; SILVA FILHO, 2011; RODRIGUES; SCHIAVO, 2011; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; SILVA *et al.*, 2012). Os autores ainda citam outros fatores como: baixo nível socioeconômico, insuficiência de suporte nos cuidados pós-natais, ausência do parceiro, ocorrência de complicações maternas ou na criança no pós-parto, história anterior

de abortamento espontâneo e ocorrência de parto transpelveano como outros fatores possivelmente relacionados ao transtorno. Um estudo de Morais *et al.*(2015) identificou associação positiva de DPP-M com depressão anterior, frequência de conflitos com o parceiro e relação negativa com anos de escolaridade e apoio social. Mattar *et al.*(2007) identificou que a violência doméstica sofrida após os 15 anos de idade esteve estatisticamente associada ao risco de depressão. Peroza, Silveira e Canavez (2008) em um estudo com mães cujos filhos nascem com malformações visíveis, também identificaram maior índice de depressão nesta população.

Enquanto fatores de proteção a literatura lista medidas preventivas que podem ser estabelecidas ou situações, que contribuem para amenizar os efeitos emocionais decorrentes do pós-parto. O suporte social, da família, amigos próximos e do companheiro e a identificação precoce da depressão e intervenção adequada são listados enquanto principais variáveis que influenciam de maneira positiva a resiliência diante do fenômeno da depressão (DA SILVA CRUZ; SIMOES; FAISAL-CURY, 2005; FRIZZO; PICCININI, 2005; ARRAIS, 2005; PICCININI, *et al.*2007; RUSCHI *et al.*, 2007; KONRADT, *et al.*, 2011; CARVALHO; LIMA SALUM, 2014; MORAIS *et al.*, 2015).

A correta distinção entre os sintomas associados à depressão no pós-parto dos sintomas naturais decorrentes desse período é um desafio, principalmente quando os sintomas são de intensidade leve ou moderada. Desta forma, conhecer os fatores de risco, sintomas e estabelecer um critério ou instrumento para diagnóstico auxiliam na identificação precoce e encaminhamento desta população. Não desvinculando dos fatores bio-psico-sociais que influenciam o desenvolvimento de uma criança há o destaque para a boa saúde da mulher como um fator importante desse processo. Nos meses iniciais após o nascimento, em geral os bebês passam a maior parte do tempo com suas mães ou cuidadores, que se tornam a referência de vinculação. Portanto, uma mãe saudável tem um importante impacto no desenvolvimento do bebê (BRUM; SCHERMANN, 2006).

Diante dos dados atuais, que indicam alta frequência de depressão pós-parto na população feminina destaca-se a importância da realização de estudos que busquem identificar quais os fatores de risco para o transtorno. Este estudo busca identificar os fatores sociodemográficos e estabelecer possíveis relações dessas variáveis com a presença ou ausência da depressão pós-parto materna. Tais dados são fundamentais para o planejamento de intervenções e, principalmente, de prevenção.

## **Objetivos**

O presente trabalho pretendeu identificar a frequência da depressão pós-parto na população atendida e fatores de risco para a depressão considerando variáveis do bebê (idade, idade gestacional, peso ao nascer, sexo, saúde ao nascer e condição de risco), variáveis maternas (idade, quantidade de consultas pré-natal, escolaridade, atividade remunerada, gravidez planejada, problemas de saúde na gestação e tipo de parto) e variáveis familiares (idade paterna, número de filhos, escolaridade paterna, atividade remunerada paterna, tipo de família e condição socioeconômica).

Enquanto objetivos específicos este trabalho pretendeu:

- 1- Identificar o índice de depressão pós-parto de mães de bebês com idade entre quatro e seis meses;
- 2 - Descrever as variáveis sociodemográficas da amostra;
- 3- Correlacionar o índice de depressão pós-parto com as variáveis sociodemográficas maternas, do bebê e familiares.

## **Hipóteses**

Enquanto resultados espera-se um índice de depressão pós parto em torno de 26%, de acordo com a literatura brasileira, em estudos feitos no Estado de São Paulo e, correlação negativa da depressão com fatores de risco sociodemográficos como escolaridade, condição socioeconômica, apoio social, quantidade de filhos, tipo de parto, complicações durante a gestação, listados na literatura e investigar se há outras relações.

## **Método**

1. Aspectos éticos da pesquisa:

O projeto de pesquisa faz parte do projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru (Processo nº 11187/46/01/2012) (Anexo 1).

Por ocasião do aceite em participar da presente pesquisa, foram dadas todas as informações sobre os objetivos e atividades do projeto, a ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa, o sigilo das informações por ela fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações da área, assim como da manutenção dos

demais serviços por ela usufruídos no Centro de Psicologia Aplicada, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto, serão tomadas por ocasião do convite para a participação neste projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CONEP (Anexo 2).

## 2. Participantes

Participaram deste estudo 103 mães de bebês, com idades entre quatro e seis meses moradoras da cidade de Bauru e região que frequentavam o projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” desenvolvido na Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP.

## 3. Materiais

### 3.1. Informações sociodemográficas

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê no projeto de extensão, é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP (Brasil, 2008).

### 3.2. Para a avaliação de depressão pós-parto

Foi utilizada para o rastreamento de depressão pós-parto a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EDPS, de COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987) validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007). A escala é um instrumento de auto-registro, composto por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. O instrumento, já referido na introdução, é composto de 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três. A soma dos pontos das repostas resulta no escore da escala, que varia de zero a 30 pontos. Para a população brasileira, pontuações superiores a 10 pontos já são indicativas de depressão pós-parto de intensidade leve, a partir de 12 pontos há a indicação de um quadro moderado ou severo. (Santos *et al.*, 1999). As questões da EDPE se referem a como a pessoa tem se sentido nos últimos sete dias e estão reproduzidas na Tabela 3 da seção de resultados. As respostas são organizadas tipo Likert e nelas a mãe assinala as

respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

#### 4. Procedimento de coleta de dados

Todas as participantes do projeto de extensão com bebês de quatro a seis meses são convidadas a participar do presente projeto. Após o aceite, em um horário previamente agendado, em uma sala de atendimento individual do Centro de Psicologia Aplicada (CPA), a mãe respondeu a Entrevista Inicial e o Critério de Classificação Econômica Brasil" - ABEP. Em seguida, respondeu a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).

#### 5. Procedimento de análise de dados

##### 5.1. Para a “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE)

Os valores atribuídos pelas participantes para cada item da escala foram somados. Para este trabalho optou-se por utilizar o ponto de corte 12, ou seja, aquelas que somaram 12 pontos ou mais pontos na escala têm indicação a ter um distúrbio depressivo de intensidade moderada a severa.

##### 5.2. Informações sociodemográficas

Todos os dados gerados foram tabulados e categorizados e, para a descrição foram feitas análises descritivas das frequências. Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS Statistics 19 (Norusis, 2011). Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Correlação de Pearson para verificar quais variáveis da mãe ou do bebê apresentam diferenças ou associações significativas com o resultado da EDPE. Para aferir o valor preditivo das variáveis em estudo foram realizadas análises de regressão múltipla (stepwise) entre as variáveis quantitativas relacionadas à mãe, ao bebê e a família com a variável dependente, o resultado da EDPE.

## Resultados

Os resultados das 103 mães avaliadas por ocasião dessa pesquisa, obtidos com o EDPE, estão apresentados na Figura 1. Nota-se que 33,9% (N=35) das mães apresentaram 12 ou mais pontos na EDPE indicando, de acordo com o critério de correção da escala, comportamentos relativos à depressão. A média de pontos na escala foi de 8,72 (DP= 5,63; Min.=0; Max.=24).

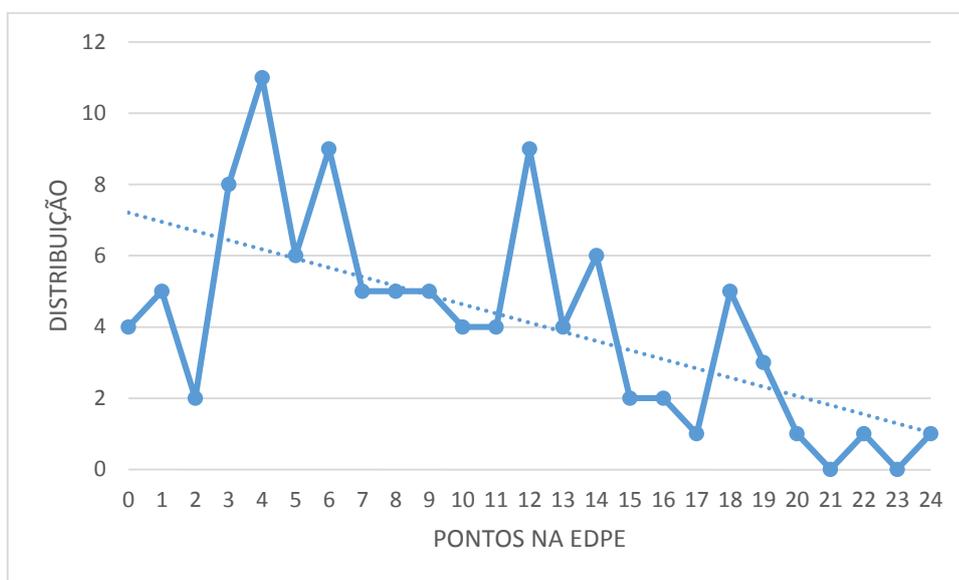


Figura 1: Distribuição das mães por pontuação na EDPE

As variáveis sociodemográficas da amostra estão descritas na Tabela 1. Observa-se que a idade média dos bebês foi de 4,4 meses, a idade gestacional de 36,95 semanas, o peso médio ao nascimento foi de 2.747grs. A idade média das mães foi de 27,20 anos (Min.=15; Max.=41). A quantidade de consultas do pré-natal também variou, com a média de 8,25 consultas. A idade do pai do bebê foi de 30,9 anos e as mães tiveram em média 1,67 filhos, com máximo de quatro crianças.

Tabela 1. Estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) das variáveis quantitativas pesquisadas.

Variável	Média	Desvio Padrão	Valor mínimo	Valor máximo
<b>Variáveis do bebê</b>				
Idade do bebê	4,43	1,46	4	6
Idade Gestacional	36,94	3,27	27	42
Peso ao nascer	2749,73	783,29	955	4640
<b>Variáveis maternas</b>				
Idade	27,20	5,99	15	41
Quantidade de consultas do pré-natal	8,25	3,68	1	18
<b>Variáveis familiares</b>				
Idade do pai do bebê	30,90	8,00	18	57
Número de filhos	1,67	0,85	1	4

A Tabela 2 descreve as frequências absolutas e relativas (em porcentagem) das características dos bebês, maternas e das famílias descritas em categorias. Quanto ao sexo, 50,48% dos bebês é do sexo masculino. Um terço da amostra apresentou algum problema de saúde ao nascer e 22,33% passaram por uma internação após o parto. Com relação a condição de risco (prematuridade, baixo peso ao nascer e mãe adolescente), 55,33% apresentou alguma dessas características. Ao comparar a escolaridade materna com a paterna a distribuição é semelhante, 35,92% das mães e 40,77% dos pais da amostra estudaram até 11 anos. Já em relação ao trabalho, a maioria dos pais (96,11%) trabalhava no momento da coleta e, das mães eram 57,28%. Sobre o planejamento da gravidez 44,66% declarou ter planejado, 29,12% das mães apresentou algum problema de saúde na gestação e 55,33% teve parto tipo cesárea. Sobre o tipo de família, 78,64% da amostra é de família nuclear (pai, mãe e filhos), além de 10,67% que declararam morar com o pai do bebê junto com a família de origem de um deles. O nível socioeconômico da amostra é da classe B (42,71% e 25,24%).

Tabela 2. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis categóricas pesquisadas.

Variáveis	Categorias	FA	FR
<b>Variáveis do bebê</b>			
Sexo	Feminino	52	50,5%
	Masculino	51	49,5%
Saúde ao nascer	Boa	67	65%
	Ruim	38	35%
Apresenta condição de risco	Sim	46	45%
	Não	57	55%
Internação após o nascimento	Sim	23	22%
	Não	80	78%
<b>Variáveis maternas</b>			
Escolaridade	Até 4 anos	7	7%
	Até 8 anos	33	32%
	Até 11 anos	37	36%
	11 anos ou mais	26	25%
Exerce atividade remunerada	Sim	59	57%
	Não	44	43%
Gravidez foi planejada	Sim	46	45%
	Não	57	55%
Problemas de saúde na gestação	Sim	30	29%
	Não	73	71%
Tipo de parto	Natural	46	45%
	Cesárea	57	55%
<b>Variáveis familiares</b>			
Escolaridade paterna	Até 4 anos	10	10%
	Até 8 anos	26	25%
	Até 11 anos	42	41%
	11 anos ou mais	25	24%
Atividade remunerada paterna	Sim	99	96%
	Não	4	4%
Tipo de família	Nuclear	81	78%
	Mãe e filhos	5	5%
	Mãe e filhos com a família de origem materna	6	6%
	Pai e Mãe com a família de origem de um deles	11	11%
Condição Socioeconômica	A1	0	0%
	A2	4	4%
	B1	44	43%
	B2	26	25%
	C1	23	22%
	C2	6	6%

Foi realizado o teste estatístico de Pearson para verificar as possíveis correlações entre as variáveis sociodemográficas da amostra e a depressão, segundo o escore na EDPE, conforme descritos na Tabela 3, considerando os indicadores para depressão, observou-se correlação linear negativa com a escolaridade materna ( $p=0,008$ ), ou seja, quanto maior o índice de depressão, menor o número de anos de estudo. Além disso, houve uma correlação linear positiva entre a depressão e a condição socioeconômica ( $p=0,044$ ), sendo que a variação da ABEP é decrescente. Desta forma, quanto mais pontos na EDPE mais pontos na ABEP, caracterizando menor nível socioeconômico.

Tabela 3. Correlação entre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação de depressão (EPDE) e dados sociodemográficos da Entrevista Inicial.

Característica	Depressão
<b>Idade do Bebê</b>	
Rho	0,155
P	0,119
<b>Idade gestacional</b>	
Rho	-0,116
P	0,244
<b>Peso ao nascimento</b>	
Rho	-0,092
P	0,355
<b>Idade materna</b>	
Rho	-0,028
P	0,777
<b>Escolaridade materna</b>	
Rho	-0,258
P	0,008*
<b>Quantidade de consultas pré-natal</b>	
Rho	-0,117
P	0,239
<b>Número de filhos</b>	
Rho	0,115
P	0,246
<b>Idade paterna</b>	
Rho	0,072
P	0,467

Escolaridade paterna	
Rho	-0,160
P	0,107
Condição Socioeconômica	
Rho	0,199
P	0,044*

\* Correlação Estatística Significativa ( $p < 0,05$ )

Para verificar a relação entre as características sociodemográficas da amostra e a depressão pós-parto procedeu-se à análise de regressão múltipla (stepwise). O resultado da Tabela 4 apresenta os preditores para a depressão pós-parto das mães de bebês da amostra estudada. De acordo com a capacidade preditiva do modelo o coeficiente de determinação (R square) foi igual a 0,107. Este valor indica que 10,7% da variação do resultado da EDPE é explicada pelas variável escolaridade materna no modelo de regressão. O valor Beta negativo indica que, quanto maior a escolaridade materna, menor a depressão.

Tabela 4. Análise da regressão linear múltipla para as variáveis sociodemográficas maternas e do bebê e a depressão pós-parto materna.

Preditores	B	$\beta$	T	p
EDPE R <sup>2</sup> 0,107				
Escolaridade Materna	-2,622	-0,251	-2,611	0,010

## Discussão

As alterações hormonais, variações no humor e a mudança na rotina podem explicar a tristeza ou dificuldade de lidar com sentimentos, característicos do momento pós-parto, porém quando essas mudanças, típicas do baby blues, permanecem e começam a interferir na rotina e na interação do bebê há a necessidade de cuidar da díade (WISNER *et al.*, 2002; CANTILINO *et al.*, 2010; PRENOVEAU *et al.*, 2012).

Da amostra de 103 participantes deste estudo observou-se uma frequência de 33,9% de mães que manifestaram sintomas de depressão pós-parto, sabe-se que a amostra obtida neste estudo foi de conveniência então não há dados que remetam a uma amostragem probabilística como nos estudos sobre a média global de 16,63% (SILVA, 2013) e do que a Organização Mundial da Saúde prevê para países em desenvolvimento, um índice de 40% de mães com esse

indicativo (WHO, 2009). Desta forma esse dado deve ser analisado com ressalva, ao considerar essa estimativa, a técnica de amostragem e o tamanho da amostra estudada, podem ser responsáveis pelas variações amplas nos dados encontrados em diferentes estudos (SILVA, 2013; NORHAYATI *et al.*, 2015).

Neste estudo os resultados de correlação tiveram relação com fatores de risco ambientais. A EDPE teve correlação com a escolaridade materna com a condição socioeconômica. A análise de regressão envolvendo características socioeconômicas das participantes revelou que quanto mais pontos a participante teve na EDPE menor o nível de escolaridade materna e classe social. Estes dados confirmam os estudos de De Felipe (2009), Cantilino *et al.* (2010), Figueira, Diniz e Silva Filho (2011), Faisal-Cury e Menezes (2012), Silva *et al.* (2012) e Morais *et al.* (2015).

O índice de classificação sócio econômica é um somatório das condições objetivas da moradia, da renda e dos anos de estudos da família, ou seja, são variáveis que se correlacionam. Sabe-se que a falta de suporte financeiro é um fator de risco para alterações de saúde mental ao longo de todo ciclo vital (SANTOS; KASSOUF, 2007; RUSCHI *et al.*, 2007).

A baixa escolaridade e o nível socioeconômico, no Brasil, relacionam-se com as condições de acesso a tratamentos médicos adequados, durante a gravidez a qualidade do pré-natal pode influenciar na prevenção e tratamento precoce de problemas de saúde decorrentes do período, essa variável materna também teve correlação com o índice na EDPE e reflete as condições da rede de suporte social oferecida as gestantes (COUTINHO *et al.*, 2014; MORAIS *et al.*, 2015).

Tomando dados de pesquisas brasileiras feitas na região sudeste do país tem-se a pesquisa de Morais *et al.* (2013) que encontrou 30,3% das mães com depressão pós-parto e, posteriormente, um estudo do mesmo grupo que, ao separar a coleta da amostra em hospitais públicos e privados identificou uma importante variação nos índices, sendo que mães que tiveram seus bebês em hospitais públicos tiveram maiores índices de depressão pós parto (26%) quando comparadas com mães de hospitais privados (9%), indicando que a condição econômica de uma população é um fator importante para risco ou proteção da DPP-M (MORAIS *et al.*, 2015). Figueira *et al.* (2011) apontam que o papel da cultura e as crenças sobre o período da maternidade podem exercer influência no comportamento da mulher em evitar buscar ajuda ou falar sobre sentimentos negativos. Ao se deparar com a incontrolabilidade ambiental e a dificuldade de se adaptar à nova situação e ao bebê, os sintomas depressivos surgem como função de reforçadores negativos (DOUGHER; HACKBERT, 2003).

Além dos problemas para a saúde mental materna a depressão tem desdobramentos na qualidade da interação com seus filhos. O quadro pode ocasionar repertórios comportamentais reduzidos, resultado dessa história de reforçamento. Segundo Ferster (1973) a falha no aprendizado de algumas habilidades decorrentes de uma mediação pouco contingente comprometer o desenvolvimento e é fator de risco para depressão.

Entretanto, mesmo com os sintomas depressivos evidenciados pela ocasião da aplicação da escala e o convite para que as mães passassem por uma avaliação psicológica no próprio centro, poucas aderiram ou associavam a questões referentes à maternidade. Ao analisar a função do comportamento de evitar buscar ajuda têm-se muitas hipóteses. Entre elas estão a questão do autoconhecimento e a sensibilidade reduzida em identificar determinados sentimentos e as suas causas; a falta de repertório e audiência para falar sobre esses sentimentos; o desenvolvimento de comportamentos alternativos como esquiva ou até o diagnóstico da depressão utilizado como reforçador negativo podem ser passíveis de análises.

Schardosim e Heldt (2011) e Carvalho e Lima Salum (2014) apontam que, no Brasil, ainda não há instrumentalização adequada dos profissionais da saúde a respeito do transtorno e de como identificar a depressão no período do pós-parto. A EDPE é um instrumento validado em muitos países e no Brasil, tem sido amplamente utilizado, pode ser uma alternativa de instrumento para triagem, para posterior diagnóstico e encaminhamento, a ser utilizado pelos profissionais da saúde.

A predisposição biológica para a depressão não foi um dado coletado neste estudo, porém é observada no estudo de Forty *et al.* (2006). Seus resultados mostraram que quase metade das mães que foram diagnosticadas com DPP-M tinha histórico na família. Um outro fato é a questão da reincidência da depressão que é elevada, em torno de 80%, segundo a OMS. Além da depressão anterior muitos estudos consideram que há relação com ansiedade e stress, sugerindo investigar o histórico de saúde mental das mães (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011; FIGUEIREDO; CONDE, 2011; AIROSA; SILVA, 2013; PRENOVEAU *et al.*, 2012).

Considerando a influência de uma rede de apoio como fator protetivo, na amostra apenas cinco mães declararam morar sozinhas com seus filhos, enquanto a maioria morava com o pai da criança ou com sua família de origem. A possibilidade de haver suporte social, da família, amigos próximos e do companheiro para essas mães é maior, entretanto, apenas a configuração familiar não é um dado de fator de proteção, como confirma o estudo de revisão de Carvalho e Lima Salum (2014). Eles observaram correlação negativa entre depressão pós-parto (DPP-M)

e o apoio social percebido pelas mães. Ou seja, não é apenas o tipo de família e sua organização, mas a percepção da relação é um dado importante a ser levantado em estudos posteriores.

### **Considerações finais**

O objetivo dessa pesquisa foi investigar a frequência da Depressão Pós-parto Materna e a influência das variáveis sociodemográficas para o transtorno. O número de mães que relataram comportamentos indicativos de depressão encontrado é elevado, porém, confirma os resultados de outros estudos. Além da alta frequência da DPP-M identificada há de se ressaltar a possibilidade da reincidência do transtorno. Essas mulheres convivem ou poderão enfrentar novas crises depressivas ao longo da vida. Desta forma a população identificada configura-se como um grupo de risco para depressão maior e deve ser acompanhada.

Atualmente o encaminhamento padrão é na atenção primária e uma parcela tem acesso aos CAPS, para um tratamento psicoterápico. As mães identificadas neste estudo receberam feedback com o resultado da EDPE, permaneceram no atendimento do projeto de extensão e além disso foram convidadas a passar por um atendimento inicial com os psicólogos da Centro de Psicologia Aplicada (CPA) para triagem e encaminhamento a serviços adequados em suas cidades.

Além disso, orientações e as avaliações mensais do bebê no serviço servem como uma rede de apoio que pode acolher e sanar algumas dúvidas e apreensões que surgem diante das grandes mudanças psicossociais decorrentes da gestão e nascimento de um bebê. Fortalecer o vínculo com a família e buscar serviços de saúde e educação neste momento são boas estratégias de prevenção.

Diante dos fatores de risco identificados o atendimento na saúde pública é o principal foco de planejamento e intervenções, mulheres grávidas devem ser atendidas e acompanhadas desde o pré-natal. Lembrando que nenhum dos fatores ou agrupamento de fatores de risco, por si só, podem explicar a complexidade da depressão pós-parto, dada a sua multicausalidade. Estudos posteriores, sobre as variáveis psicológicas/psiquiátricas são importantes para que as múltiplas dimensões que compõem os principais fatores de risco para depressão sejam identificadas.

## **CAPITULO II:**

### **Depressão pós-parto e a interação mãe-bebê**

As transformações sociais e tecnológicas que aconteceram nos últimos anos vêm gerando modificações no comportamento dos pais e na relação com seus filhos, repercutindo sobre a qualidade da interação, vínculo emocional e cuidados parentais. Diante dessas mudanças, os fatores de risco e proteção que incidem sobre as interações mãe-bebê precisam ser investigados (FIGUEIREDO, 2003).

Os fatores de risco, múltiplos e interdependentes, indicam a probabilidade de que indivíduos, quando expostos a determinadas condições biológicas ou ambientais, apresentem diferenças no desenvolvimento. Levando em conta a influência de condições biológicas para o desenvolvimento de bebês, observa-se a prematuridade, o baixo peso ao nascimento, as complicações no parto e na gravidez, como fatores de risco (RODRIGUES; TAQUES, 2006). Já os fatores de risco ambiental são: baixo nível socioeconômico, escolaridade, fragilidade nos vínculos familiares e saúde mental dos pais (MAIA; WILLIAMS, 2005). Sabe-se que a combinação de múltiplos fatores de risco é comum; provocando um efeito cumulativo. Dependendo da quantidade, intensidade, duração e idade em que o indivíduo foi exposto à fatores de risco há diferentes possibilidades de interferência no ciclo de desenvolvimento (BRADLEY; CORWYN, 2002). Neste sentido, os mecanismos, fatores ou processos protetores são fatores que melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos expostos a situações de vulnerabilidade. Identificá-los pode proporcionar informações para a organização de medidas protetivas ou a eliminação ou equacionamento dos fatores de risco (BRADLEY; CORWYN, 2002; MAIA; WILLIAMS, 2005; TAQUES; RODRIGUES, 2006)

A Psicologia do Desenvolvimento, enquanto campo de pesquisa, busca identificar e analisar os processos envolvidos durante todo o ciclo vital, como se desenvolvem repertórios comportamentais, as modificações biológicas e como se dão as adaptações às diversas contingências. Desta forma, estudar o início dessa história é fundamental para entender o desenvolvimento, há evidencia de que o comportamento dos bebês é afetado pelo comportamento materno desde a gestação (KLAUS; KLAUS, 2001) e essa interação vai aumentando após o nascimento. Figueiredo *et al.* (2005) ao investigar o envolvimento emocional de mães e pais com seus bebês, identificou que na semana seguinte após o nascimento os casais já havia estabelecido um envolvimento positivo com seus filhos. Os cuidadores mais próximos e o bebê com o passar do tempo, se engajam em interações sociais

mais complexas e são afetados mutuamente pelo resultado dessa dinâmica, ou seja, aí está o início do comportamento social, produzido por estímulos sociais, fundamental para o desenvolvimento social, afetivo, motor e cognitivo (SCHLINGER, 1995).

As demandas e limitações de um recém-nascido são múltiplas e implicam na necessidade da disponibilidade de um cuidador, não só para suprir os cuidados básicos, mas também relacionadas a estimulação. O nível de envolvimento do adulto nesses cuidados reflete na qualidade de interação e vinculação do bebê (TRONIK; WEIMBERG, 1997). O termo mais utilizado na área para se referir ao desenvolvimento social na infância é o que Bowlby (1984) denominou de “Teoria do Apego”. Em linhas gerais, com base na etologia, sua definição refere-se ao vínculo afetivo forte e duradouro estabelecido entre pessoas numa relação de intimidade. Os estudos empíricos feitos por Ainsworth e Bowlby (1991) forneceram as evidências necessárias para que a teoria fosse amplamente aceita como explicação para os comportamentos de vinculação entre o bebê e sua principal figura de cuidado. Schlinger (1995), buscando uma aproximação da Análise do Comportamento ao campo da Psicologia do Desenvolvimento, faz uso dos experimentos e dados da Teoria do Apego para análise do comportamento de vinculação infantil levando em conta que a Análise do Comportamento e a teoria possuem a mesma raiz teórico-epistemológica, a teoria da evolução por seleção natural, estas se aproximam em uma perspectiva seletcionista do comportamento. Diante dessa visão, a interpretação dada para a teoria de Bowlby é baseada na relação dos comportamentos respondentes e operantes: logo que nascem os bebês possuem uma elevada capacidade sensorial e comportamentos inatos de vinculação social, com a função de garantir a sobrevivência e a homeostase. Tais comportamentos, na relação da díade, são tidos como desencadeadores de respostas instintivas emocionais da mãe, neste momento ela também, por conta das mudanças hormonais e do contato com o recém-nascido está predisposta, o que favorece as primeiras interações. Após o nascimento, as interações mãe-bebê ocorrem de maneira tênue, ao tocar, olhar e falar com o bebê, gerando estimulações recíprocas que promovem o ajustamento da díade e, conseqüentemente, as relações de apego. Esses comportamentos, ao longo do primeiro ano de vida, vão se complexificando a ponto de estabelecerem um sistema comportamental de vinculação. O apego, uma característica filogenética da interação da díade, é dividido em seguro, inseguro e evitante com base nas características e qualidade da responsividade materna que ocasionam a regulação emocional do bebê (SCHLINGER, 1995; BOWLBY, 2002).

A interação do bebê com seus cuidadores e o desenvolvimento dos padrões de apego têm como base o conceito de responsividade materna. Ou seja, a qualidade, quantidade e

adequação das respostas emitidas pelo adulto cuidador que são contingentes aos estados comportamentais do bebê, vão regulando suas interações com o ambiente e, conseqüentemente, as respostas do bebê consequenciam outras respostas (ISABELLA; BELSKY; VON EYE, 1989). Em um estudo de revisão sobre responsividade materna, Ribas, Seidl-de-Moura e Ribas Jr. (2003), indicaram que a responsividade é um componente do processo de interação-mãe criança e pode ser analisada levando em conta duas dimensões: a qualitativa e a temporal. Os aspectos qualitativos são as características afetivas da díade (proximidade, afeto positivo e intimidade). Na dimensão temporal há ênfase na contingência da resposta materna, isto é, quanto tempo a mãe demora para atender as demandas do bebê. A teoria da Aprendizagem Social enfatiza a funcionalidade da resposta materna, tornando-se um estímulo condicionado para o bebê, resultante de inúmeras associações com reforçadores primários como: alimentação e redução do desconforto (HOROWITZ, 1987; TRONIK; WEIMBERG, 1997).

Outro conceito importante no estudo da interação mãe-bebê é a sensibilidade materna. Ainswort *et al.* (1978) definiu-a como o comportamento da mãe de perceber e interpretar os sinais do bebê e responder de maneira adequada. Segundo o autor, é composta por quatro componentes essenciais: discriminar e conhecer os sinais do bebê, interpretar esses sinais, responder aos sinais de maneira apropriada e em um espaço de tempo adequado. O conceito de responsividade materna, sensibilidade materna ou como é tratado por Boom (1994) responsividade sensível, reúnem a descrição dos comportamentos parentais adequados e promotores do desenvolvimento. Comportamentos que estão relacionados à disponibilidade materna de atentar-se e perceber os sinais do bebê, interpretá-los e responder de maneira adequada e contingente.

A família é o primeiro grupo social que a criança interage e a responsividade parental está relacionada à formação de vínculos de apego seguros que podem determinar diferenças no comportamento e no desenvolvimento das crianças desde o primeiro ano de vida até a idade pré-escolar, ou seja, um preditor que exerce influência no desenvolvimento infantil (BELSKY; PASCO-FEARON, 2002). Filhos de mães sensíveis e responsivas tendem a desenvolver um padrão de apego seguro e, quando comparadas com crianças, filhos de mães pouco responsivas, são mais saudáveis e tem um desenvolvimento superior. O apego inseguro ou evitante dos filhos de mães pouco sensíveis e responsivas é reflexo da instabilidade emocional da mãe e, possivelmente, ocasionará uma atitude negativa e pouco confiante da criança nas suas relações (BELSKY; PASCO-FEARON, 2002; PEARSON; EVANS; KOUNALI, 2013).

A interação exige que os envolvidos se comportem e sejam consequenciados em um arranjo de contingências. O repertório de resposta dos bebês vai se ampliando conforme o arranjo de contingências para a sua aprendizagem. Assim, a responsividade materna envolve não só os comportamentos da mãe, mas também, a relação da díade. A mãe, ao reconhecer as competências de percepção, imitação e comunicação do bebê, oferece condições para que o ele tenha um papel ativo nas interações com o ambiente, o que caracteriza as interações positivas entre mãe-bebê (SEIDL-DE-MOURA *et al.*, 2004). Segundo a autora, até pouco tempo, a maioria dos estudos da área do desenvolvimento infantil com ênfase nas relações iniciais, dava ênfase para os comportamentos maternos, considerando que o bebê é passivo nessa relação. Atualmente os estudos consideram dois elementos fundamentais para caracterizar a interação da díade: reciprocidade e comunicação.

Um estudo longitudinal de Ribas (1996) e outro de Lavelli e Fogel (2005) acompanharam díades ocidentais para avaliar o desenvolvimento de bebês e as interações com suas mães ou cuidadores nos primeiros meses após o nascimento. A observação das interações iniciais indicou que nas duas primeiras semanas de vida o olhar para o bebê e manter contato físico foram os elementos mais frequentes para a socialização, enquanto que os bebês mantiveram contato visual com expressões neutras. Nesta fase a face humana é um estímulo visual importante. Com o passar das semanas houve uma ampliação da variedade de estímulos. As mães continuaram a olhar com frequência para os bebês, mas agora passaram a apresentar elementos exteriores como objetos, paisagens, pessoas e outros comportamentos de comunicação e os bebês lentamente passaram a expressar faces indicativas de emoções.

A maneira de cuidar e interagir com seus bebês é um dado cultural e histórico. Culturas ocidentais contemporâneas apresentam uma organização baseada no núcleo familiar. Este é o ambiente social da criança e a atenção materna, ou do cuidador, exclusiva é frequente. Neste modelo o modo de interação mais comum é por meio da comunicação visual e trocas vocais/verbais (KELLER, 1998). Diante deste contexto de interação, Figueiredo (2003) descreve que um dos fatores relevantes para o desenvolvimento infantil é a interação e a relação materna.

O estudo da interação entre mãe e criança traz dados importante sobre o fenômeno e pode contribuir para o diagnóstico, prevenção e, até, intervenção, na área de desenvolvimento infantil. Os primeiros estudos que investigam a interação face-a-face mãe bebê são os estudos dos contemporâneos Brazelton, Kozlowski e Main (1974) e de Condon e Sander (1974), os pesquisadores identificaram, em filmagens, dados sobre a responsividade e sincronia da díade,

respectivamente. Os resultados desses estudos iniciais já indicavam que quanto maior a sincronicidade e a contingência da díade a qualidade interativa era positiva e o efeito disto recaía sobre a relação, principalmente em resultados para o desenvolvimento da criança. (WEINBERG; TRONICK, 1997). A bidirecionalidade das interações é um recorte importante, pois, a observação da dinâmica da díade oferece informações sobre a organização comportamental e competências do bebê, além, dos cuidados primários e responsividade materna (SEIDL-DE-MOURA, 2009). Em um artigo de Piccinini *et al.* (2011), são apresentados distintos grupos de pesquisas no Brasil, que utilizam protocolos e perspectivas para a análise da interação pais-bebê/criança. Embora cada grupo tenha abordagens teóricas distintas, há um consenso sobre a importância das interações iniciais para o desenvolvimento. Os autores encontraram uma diversidade de conceitos de interação, porém observa-se uma tendência nos estudos em considerar algo relacionado a ação recíproca, sincronia e da bidirecionalidade dos comportamentos da díade. Todavia, Valsiner (1997) indica que há uma dificuldade de rigor teórico e poucos dados empíricos sobre a interação mãe-criança.

Além da variedade de definições encontradas nos estudos avaliados, são variados os protocolos para análise da interação mãe bebê. Entre os protocolos descritos está o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R). A versão brasileira deste Sistema de Codificação é um dos protocolos observacionais utilizados atualmente para analisar a interação mãe-bebê a partir de filmagens. A sensibilidade materna, em geral, é avaliada por escalas que classificam de maneira global os comportamentos, sem capturar a dinâmica interativa momento a momento. Desta forma, um instrumento que possa, não só, capturar de uma forma mensurável e operacionalizar a sensibilidade materna, mas também possa, através de uma perspectiva da microanálise revelar os padrões sequenciais do contexto da interação diádica fornece dados mais completos. Trenado e Cerezo (2007), adaptaram um sistema de codificação para a interação familiar utilizado com crianças mais velhas, o Standardized Observation Codes III: SOC III (CEREZO; KEESLER; DUNN; WAHLER, 1986; CEREZO, 2000), e desenvolveram um sistema específico para a interação mãe-bebê, o Códigos Interacción Temprana Materno-Infantil: o CITMI-R. A principal característica desse sistema é transformar a interação de um adulto com um bebê entre zero a dois anos em dados observacionais analisáveis. A utilização de estratégias observacionais e da codificação sequencial em tempo real permite que a análise da sensibilidade materna seja mais detalhada, levando em conta a complexidade desse constructo. A microanálise da interação é possibilitada

pelo registro das seguintes variáveis: frequência, duração, sequência e as valências das interações entre a díade.

Cerezo, Pons-Salvador e Trenado (2011) descrevem as características do sistema que permite a observação dos comportamentos infantis e maternos. Para os comportamentos infantis há uma categoria interativa de Aproximação Social com valência positiva, neutra e negativa; esses comportamentos são descritos como respostas infantis sociais, verbal ou não-verbal (sorrisos, gestos, vocalizações) que antecedem ou consequenciam os comportamentos maternos. Há também três categorias não-interativas: Conduitas de jogo, Choro/Protesto e Passividade/Apatia essas categorias incluem comportamentos de vocalizações e comunicação não-verbal não relacionados a respostas de interação com a mãe. Para os comportamentos maternos há três categorias interativas, o Comportamento Sensível com valência positiva ou neutra, codifica todas aquelas aproximações sociais, verbais ou gestuais de atenção dirigidas ao bebê e ajustadas a suas habilidades e interesses. O Comportamento Intrusivo com valência positiva, neutra e negativa configura-se por aproximações sociais, verbais ou gestuais que interrompem as ações da criança e invadem seu espaço ou são atividades inadequadas para sua idade, habilidades e interesses. Para o Comportamento Protetor com valência positiva, neutra e negativa; codifica as interferências maternas consideradas necessárias e adequadas para o segurança ou conforto infantil, é uma categoria que distingue a interferência materna ao justificar sua necessidade e consequência. Há uma categoria não interativa, o Comportamento Não-Responsivo que envolve expressão facial neutra, não atenta e ausência comportamento verbal ou vocalizações quase inaudíveis.

Investigações que relacionem as condições sociodemográficas, fatores de risco e proteção e como as interações ocorrem são fundamentais para entender a dinâmica familiar e planejar intervenções direcionadas. O período da gestação envolve importantes tarefas desenvolvimentais que acompanharão a mãe ao longo do pós-parto. É neste momento em que há o estabelecimento de valores e crenças a respeito do comportamento adequado e do papel de mãe. Tornar-se mãe e a maternagem são processos comportamentais que envolvem diferentes momentos e experiências do indivíduo: história e relação com modelos parentais, padrões culturais, apoio social e o acesso às informações sobre desenvolvimento infantil, por exemplo. Assim, não é simplesmente o parentesco biológico que determina o comportamento materno tido como ideal (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

O nascimento do bebê, embora culturalmente associado a sentimentos positivos, é um período que exige um processo de adaptação para as implicações dos cuidados de um bebê.

Diante deste conjunto de mudanças é comum que as mulheres passem por um período de elevada ansiedade e stress, podendo ou não haver relação patológica com o transtorno. De qualquer maneira, sabe-se pela literatura, que momentos de stress e ansiedade clínicos são constructos correlatos à depressão (PRENOVEAU *et al.*, 2012). Sendo assim, além da dificuldade e incapacitações características do transtorno, alterações de humor expressas no período após a gravidez podem colaborar para o surgimento de relações de contingências aversivas decorrentes das crenças sobre o que é adequado socialmente para o papel de mãe acompanhado pelo estigma dos transtornos mentais.

A comunidade verbal tende a esperar que o nascimento do bebê seja um evento que naturalmente direciona a mulher para a maternagem (comportamentos com a função de garantir alimento, afeto e tranquilidade ao bebê) e intensificam-se as dificuldades para aceitar comportamentos relacionados à tristeza ou depressão nesse período (GUERRA *et al.*, 2014). Mães que não correspondem às expectativas sociais podem desenvolver um padrão comportamental característico de esquiva com o objetivo de esconder ou controlar respostas que reflitam esses sentimentos publicamente, o que pode ocasionar a manutenção de outros comportamentos encobertos típicos da depressão como a apatia, pouca sensibilidade as respostas do ambiente, culpa ou pensamentos recorrentes sobre algum problema (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014.)

Morais, Lucci e Otta (2013) e Gradwohl, Osi e Makuch (2014), ressaltam que a mãe ou o cuidador devem estabelecer papel de mediador na interação do recém-nascido com o mundo, apontando que, neste caso, a boa saúde da mãe é importante para que essa interação se dê de uma maneira positiva, possibilitando um desenvolvimento relacional, afetivo, motor e cognitivo adequado. Macarini *et al.* (2010), em uma revisão sistemática sobre práticas parentais, sugerem que há poucos estudos sobre essas práticas no primeiro ano de vida da criança, sendo que as etapas iniciais após o nascimento são fundamentais para o estabelecimento de intenções positivas ao longo de todo desenvolvimento. A presença da DPP-M é considerada um fator de risco para a interação, pois, a diminuição da sensibilidade materna pode impactar em muitos sistemas, alterando a qualidade de vida, a dinâmica familiar e a disponibilidade para oferecer cuidados ao bebê. Os recém-nascidos são altamente vulneráveis e a depressão materna significa um risco para o desenvolvimento, pois pode comprometer a qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (MCCARTY; MCMAHON, 2003; BRUM; SCHERMANN, 2006; DE FELIPE, 2009; MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013).

O estudo de Campos e Rodrigues (2015) avaliou dois grupos, um composto por mães deprimidas e, outro, de mães não deprimidas e, como essas mães cuidavam e estimulavam seus filhos. Com relação às práticas houve diferenças significativas entre os grupos na realização da estimulação, indicando que mães deprimidas podem interagir e estimular menos seus bebês. Mães menos responsivas, ou seja, menos sensíveis aos sinais de seus bebês por conta de alguma alteração de humor, no futuro encontram mais dificuldade em regular de maneira adequada o comportamento da criança fazendo uso de mais práticas aversivas e coercitivas quando comparada com mães mais sensíveis, demonstram ser mais habilidosas nas interações, e estar em sincronia com seu filho. A responsividade é considerada preditor de comportamentos de socialização, uma vez que mães responsivas estimulam mais a independência e autonomia de seus filhos (PATTERSON *et al.*, 2000).

Quanto à interação mãe-bebê, em relação aos estilos de comportamento interativos expressos pelas mães há na literatura estudos indicam que mães com DPP-M interagem menos com seu bebê de forma adaptativa, são menos responsivas, estabelecem menos contato físico, usam de práticas educativas intrusivas, tendem a demonstrar menos sentimentos positivos e podem interromper a lactação precocemente, quando comparadas com mães não deprimidas (BELSKY; PASCO-PEARSON, 2002; SCHWENGBER; PICCININI, 2004; BRUM; SCHERMANN, 2006; PELÁEZ *et al.*, 2008; CAUGHY; HUANG; LIMA, 2009; LECKMAN-WESTIN; COHEN; STUEVE, 2009; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; ALVARENGA; PALMA, 2013). Jones *et al.* (1997) e Field, Hernandez-Reif e Diego (2006) identificaram os três modelos ou estilos de interação das mães deprimidas com seus bebês, são eles: o estilo retraído, estilo intrusivo e o estilo de boa interação. De maneira resumida, o estilo retraído pode ser descrito como mães pouco responsivas ou apáticas, que expressam pouco afeto, contato visual e falas; as mães de estilo intrusivo são mães que tem comportamentos mais grosseiros e interrompem as atividades dos bebês de maneira abrupta ou agressiva. Além desses dois, o estilo de boa interação também foi identificado nessas mães; neste caso, embora haja a presença da depressão, são mães que conseguem interagir de maneira semelhante às mães não deprimidas, ou seja, de maneira responsiva.

Ao analisar o comportamento desses bebês nos estudos acima citados, lembrando que a interação envolve uma troca da díade, há diferenças entre o comportamento daqueles do grupo clínico que apresentaram as seguintes características: exibem menos afeto positivo; mais afeto negativo; são menos ativos; têm menos vocalizações; desviam o olhar; apresentam mais comportamentos negativos (irritação, protestos, choro, expressões de tristeza e raiva); têm mais

problemas de alimentação; alterações no sono e menor desenvolvimento motor. Segundo De Felipe (2009), os estilos comportamentais maternos influenciam e dão origem a modelos comportamentais infantis, bebês de mães retraídas podem protestar e chorar mais, manter pouco contato visual e passar mais tempo observando outros objetos ou lugares da sala, além de ter nível de estresse elevado. Já os bebês de mães intrusivas investem seu tempo as evitando, isso pode ocorrer mantendo o olhar distante, característico da falta de costume com a interação, choram pouco ou, ainda, esses bebês choram como resposta ao desconforto. Filhos de mães que tem boa interação, porém estão deprimidas, podem apresentar mais sintomas depressivos.

Avaliações longitudinais com mães deprimidas, conduzidas por Murray *et al.* (2011), procuraram identificar a influência do transtorno no pós-parto na qualidade da saúde mental e problemas de comportamentos pré-escolares de crianças. Os resultados indicaram que essas crianças, expostas a eventos adversos e instabilidade afetiva, são menos resilientes e mais propensas a apresentarem depressão, problemas de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo.

Scaramella e Leve (2004), baseados na teoria do apego e no conceito de responsividade, ao estudar as interações iniciais observaram que pais pouco sensíveis podem iniciar um ciclo de interações negativas com seus bebês. O modelo precoce da coerção infantil prevê que, diante de mães pouco responsivas o bebê aprende a variar para outras formas de interação em busca de uma resposta da mãe. Em geral são comportamentos reforçados por essa relação na díade são os considerados negativos (choro, birra, agressividade).

Alvarenga e Piccinini (2007) ao investigarem os preditores do desenvolvimento social na infância colocaram a baixa responsividade materna e as práticas parentais negativas como fatores de risco que podem ocasionar comportamentos não adaptativos e problemas no desenvolvimento das crianças. Pais com transtornos mentais, como a depressão materna, são fatores de risco para problema de comportamento externalizantes e internalizantes nas crianças.

Tendo em vista que o ambiente de interação dos bebês é limitado pela disponibilidade materna ou do cuidador, a presença de uma mãe com comportamentos depressivos e pouco responsiva pode gerar déficits na interação da díade. A forma com que a criança interage com o mundo, sua regulação emocional e o estabelecimento de comportamentos de autocontrole estão relacionados com a maneira de como o vínculo é formado. Desta forma, estudos vêm buscando identificar alguns fatores que podem servir como proteção para minimizar os efeitos da presença da depressão, tanto para o desenvolvimento do bebê quanto para o bem-estar da mulher. Enquanto fatores de proteção o suporte social adequado tanto da família, na relação

conjugal ou de serviços que auxiliem na preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade são variáveis relevantes.

Na depressão a pouca variabilidade de repertório social adequado e/ou de possibilidades de interações sociais tem sido apontada como fator de risco para a manutenção patológica (PATTERSON *et al.*, 2013). A falta de um repertório alternativo para o reforçamento é possivelmente um grande estímulo para o comportamento depressivo (FERSTER *et al.*, 1978). No quadro da DPP-M os fatores de riscos apontados estão intimamente ligados à falta de reforçadores relacionadas com o repertório, punição e desamparo. A combinação de distintas abordagens no tratamento da DPP-M ainda é pouco estudada, apesar disso, abordagens voltadas às práticas parentais resultaram em alguns progressos em relação à qualidade das interações mãe-bebê.

Mães deprimidas, quando analisadas são classificadas como mais intrusivas e retraídas, e em menor frequência mães com boa interação. Já a amostra de mães sem depressão, em sua maioria, se caracteriza por utilizarem mais práticas de boas interações (FIELD *et al.*, 2003). Neste trabalho os estilos interativos maternos são analisados levando em conta a questão da depressão numa amostra de mães que participaram de um serviço sobre estimulação infantil. Sabe-se que a presença de uma mãe deprimida pode impactar na boa qualidade da interação o que se torna um fator de risco potencial para a regulação emocional e para o desenvolvimento infantil.

## **Objetivos**

O objetivo geral do presente estudo foi analisar o papel da depressão pós-parto nos comportamentos interativos entre mãe e bebê aos quatro, cinco ou seis meses do pós-parto, através da observação de uma situação de interação livre.

Enquanto objetivos específicos este trabalho pretendeu:

- 1- Descrever a interação mãe bebê;
- 2- Analisar a influência da depressão pós-parto sobre comportamentos de interação materno e do bebê, comparando grupos de mães com e sem depressão;
- 3- Correlacionar o índice de depressão pós-parto e os comportamentos de interação maternos e do bebê;
- 4- Correlacionar comportamentos interativos infantis e maternos para cada um dos grupos, com e sem depressão.

## **Hipóteses**

Enquanto resultados espera-se que menores médias de comportamentos de interação sejam observados em mães com índices clínicos de depressão pós-parto, quando comparadas com mães sem depressão e seus bebês. Também, espera-se que, quanto maior o resultado no EDPE, menor a média de comportamentos de interação tanto maternos quanto dos bebês.

## **Método**

### **1. Aspectos éticos da pesquisa:**

O projeto de pesquisa faz parte do projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru (Processo nº 11187/46/01/2012) (Anexo 1).

Por ocasião do aceite em participar da presente pesquisa, foram dadas todas as informações sobre os objetivos e atividades do projeto, a ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa e o sigilo das informações por ela fornecidas quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações da área. Foram informados, também, da manutenção dos demais serviços por ela usufruídos no Centro de Psicologia Aplicada, em caso de desistência, o que pode ocorrer em qualquer fase desse projeto. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CONEP (Anexo 2).

### **2. Participantes**

#### **2.1. Percurso amostral**

As mães de bebês, com idades entre quatro e seis meses, moradoras da cidade de Bauru e região, que frequentavam o projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” desenvolvido no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UNESP foram convidadas a participar do presente projeto. Após o aceite, em um horário previamente agendado, respondiam ao EDPE. As mães que pontuavam acima de 12 na escala, que caracterizava depressão em nível clínico, foram convidadas a participar da filmagem. Para cada mãe com pontuação acima de 12 que aceitava filmar, era convidada uma mãe com pontuação abaixo de 11, se possível, com características sociodemográficas semelhantes, também para participar da filmagem, compondo o grupo controle. Participaram 15 mães em

cada Grupo, com e sem depressão. A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos dos Grupos 1 (sem depressão) e 2 (com depressão).

Quanto às características maternas a idade teve uma distribuição semelhante, 40% das mães do G1 com mais de 40 anos e as mães do G2 se distribuíram igualmente nas categorias (33%). Considerando a escolaridade materna no G1 prevaleceu mães com 11 anos ou mais de escolaridade (53%) e no G2, mães com 11 anos ou mais (53%). Para a Saúde na gestação 53% das mães do G1 declaram ter passado por algum problema de saúde durante a gestação, as do G2 26% teve problemas. Em relação ao tipo de parto as mães tiveram mais cesáreas, 60% para o G1 e 53% para o G2.

Percebe-se que o G1 tem mais meninos (53,33%) e G2 mais meninas (53,33%). Os bebês do G2 (66,66%) nasceram com mais problemas de saúde do os do G1 (53,33%). 53% dos bebês do G1 e 33% do G2 apresentaram algum problema de saúde ao nascer. Com relação a condição de risco (prematuridade, baixo peso ao nascer e mãe adolescente), G1 apresentou 40% e G2 33,33% da amostra com alguma dessas características.

A idade paterna foi maior para pais de 23 a 30 anos, com 46% e 40% em cada grupo. A escolaridade teve distribuição é semelhante a materna, 40% dos pais do G1 estudaram até 11 anos e 53% dos pais do G2 estudaram mais de 11 anos. Sobre o tipo de família, 93% das famílias do G1 e 73% do G2 eram família nuclear (pai, mãe e filhos). O número de filhos foi maior para as mães primíparas com 46% e 53%. O nível socioeconômico dos grupos é da classe B (G1: 66%; G2: 86%).

Tabela 1. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis pesquisadas.

Variáveis	Categorias	G1		G2	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)
<b>Variáveis maternas</b>					
Idade	19 a 25 anos	5	33,33	5	33,33
	26 a 32 anos	4	26,66	5	33,33
	Mais de 32 anos	6	40	5	33,33
Escolaridade	Até 4 anos	1	6,66	0	0
	Até 8 anos	2	13,33	2	13,33
	Até 11 anos	8	53,33	5	33,33
	11 anos ou mais	3	20	8	53,33
Saúde durante a gestação	Boa	7	46,66	11	73,33
	Ruim	8	53,33	4	26,66
Tipo de parto	Natural	6	40	7	46,66
	Cesárea	9	60	8	53,33
<b>Variáveis do bebê</b>					
Sexo	Feminino	7	46,66	8	53,33
	Masculino	8	53,33	7	46,66
Idade do bebê	4 meses	8	53,33	12	80
	5 meses	4	26,66	2	13,33
	6 meses	3	20	1	6,66
Idade gestacional	Até 37 semanas	6	40	4	26,66
	Mais de 37 semanas	9	60	11	73,33
Saúde ao nascer	Boa	7	46,66	10	66,66
	Ruim	8	53,33	5	33,33
Apresenta condição de risco	Sim	6	40	5	33,33
	Não	9	60	10	66,66
<b>Variáveis familiares</b>					
Idade paterna	23 a 30 anos	7	46,66	6	40
	31 a 40 anos	4	26,66	5	33,33
	Mais de 40 anos	4	26,66	4	26,66
Escolaridade paterna	Até 4 anos	1	6,66	0	0
	Até 8 anos	3	20	4	26,66
	Até 11 anos	6	40	6	40
	11 anos ou mais	5	33,33	8	53,33
Tipo de família	Nuclear	14	93,33	11	73,33
	Mãe e filhos	0	0	1	6,66
	Mãe e filhos com a família de origem materna	0	0	2	13,33
	Pai e Mãe com a família de origem de um deles	1	6,66	1	6,66
Número de filhos	1	7	46,66	8	53,33
	2	5	33,33	6	40
	3 ou mais	3	20	1	6,66
Condição Socioeconômica	A1	0	0	0	0
	A2	0	0	1	6,66
	B1	5	33,33	7	46,66
	B2	5	33,33	6	40
	C1	3	20	0	0
	C2	2	13,33	1	6,66

Todavia, o Teste T foi utilizado para verificar a equivalência entre os grupos. Na Tabela 2 estão descritos os valores da média, desvio padrão e nível de significância da diferença entre os grupos. Observa-se que não houve diferenças significativas entre os grupos em relação as variáveis sociodemográficas.

Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos clínico e não clínico, considerando as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	G1		G2		P
	Média	DesvPad	Média	DesvPad	
Idade do bebê	4,66	0,59	4,26	0,81	0,136
Idade gestacional	36,46	3,68	37,73	2,91	0,305
Peso ao nascer	2639,33	839,79	3065,33	724,01	0,148
Condição de risco	3,13	1,30	3,00	1,46	0,794
Sexo do bebê	1,46	0,51	1,46	0,51	1,000
Escolaridade materna	2,86	0,83	3,40	0,73	0,740
Idade materna	30,00	6,30	27,86	4,68	0,306
Escolaridade paterna	3,00	0,92	3,06	0,79	0,834
Idade paterna	35,26	10,40	33,12	8,70	0,834
Tipo de família	1,20	0,77	1,60	1,18	0,283
Número de filhos	1,80	0,94	1,53	0,83	0,418
Saúde na gestação	1,60	0,63	1,66	0,48	0,790
Tipo de parto	1,60	0,50	1,46	0,51	0,481
Saúde do bebê ao nascer	1,53	0,51	1,33	0,48	0,285
Classe social	4,13	1,06	3,66	0,81	0,188

## 1. Instrumentos

### 1.1. Para a coleta de dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê no projeto de extensão, é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil" – ABEP (Brasil, 2008).

### 1.2. Para a avaliação de depressão pós-parto

Foi utilizada para o rastreamento de depressão pós-parto a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EDPS, de COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987) validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007). A escala é um instrumento de auto-registro, composto por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. O instrumento, já referido na introdução, é composto de 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Para cada pergunta há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta é associada uma

pontuação que varia de zero a três. A soma dos pontos das repostas resulta no escore da escala, que varia de zero a 30 pontos. Para a população brasileira, pontuações superiores a 10 pontos já são indicativas de depressão pós-parto de intensidade leve, a partir de 12 pontos há a indicação de um quadro moderado ou severo (Santos *et al.*, 1999). As respostas são organizadas tipo Likert e nelas a mãe assinala as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

### 1.3. Para o registro da interação mãe-bebê:

Foi utilizada uma filmadora digital e brinquedos infantis (2 bichinhos de borracha, 1 móbile e 1 chocalho). Para a filmagem da interação, uma sala infantil da Clínica Escola foi adaptada com uma cama alta (120cm), almofadas e os brinquedos. A cama e as almofadas facilitam o apoio do bebê de frente para a mãe, porém sua utilização, assim como dos brinquedos ficou a critério da participante.

### 1.4. Para a avaliação da interação mãe-bebê:

Para análise da interação foi utilizado o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R de ALVARENGA; CERZO, 2013). O CITMI-R conta com uma série de categorias e códigos para avaliação da interação. Para avaliar os comportamentos infantis há uma categoria interativa de Aproximação Social com valência positiva, neutra e negativa e três categorias não-interativas: Condutas de jogo, Choro/Protesto e Passividade/Apatia. O Quadro 1 contém a versão final para avaliação dos comportamentos interativos infantis.

Quadro 1: Categorias e descrições do CITMI-R dos comportamentos infantis.

Comportamentos infantis		Código	Descrição
Interativos	Aproximação social positiva	A+	- Contato visual - Sorriso - Gestos ou vocalização indicando alegria
	Aproximação social neutra	A0	- Contato visual - Gesto ou vocalização sem indicação de conteúdo afetivo
	Aproximação social negativa	A-	- Contato visual - Postura corporal rígida, - Choro ou protesto dirigido a mãe
Não-interativos	Condutas de jogo	J	- Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe - Atenta-se e mantém o olhar dirigido a outros locais da sala - Comportamentos de autoconforto (colocar as mãos ou pés na boca, chupeta)

Para avaliação dos comportamentos maternos há três categorias interativas: o Comportamento Sensível com valência positiva ou neutra; o Comportamento Intrusivo com valência positiva, neutra e negativa; o Comportamento Protetor com valência positiva, neutra e negativa e uma categoria não interativa, o Comportamento Não-Responsivo.

Para os comportamentos maternos, neste trabalho a categoria Intrusividade (T) teve as valências suprimidas, optou-se por isso levando em conta que, ao ser intrusiva a mãe emite um comportamento que interrompe um fluxo comportamental do bebê o que não é algo positivo para a interação, o critério da valência foi descartado. Para Comportamento Protetor Neutro e Negativo estabeleceu-se apenas uma categoria para análise, pois o comportamento Protetor Negativo apareceu com baixa frequência nas filmagens. O Quadro 2 mostra os comportamentos interativos maternos.

Quadro 2: Categorias e descrições do CITMI-R dos comportamentos maternos, adaptadas para este estudo.

Comportamentos maternos			
Interativos	Comportamento sensível positivo	S+	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato visual</li> <li>- Sorrisos</li> <li>- Verbalizações positivas (fala “manhez”, canta para o bebê, acalma, elogia, faz solicitações e é responsiva à iniciativa do bebê)</li> <li>- Gestos (brinca, toca, afaga, segura e o movimenta de maneira ritmada, embala, dá beijos e faz brincadeiras com a boca)</li> <li>- Oferece brinquedos os objetos adequados ao bebê</li> </ul>
	Comportamento sensível neutro	S0	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato visual</li> <li>- Verbalizações sem conteúdo afetivo</li> <li>- Gestos não intrusivos e sem conteúdo afetivo</li> <li>- Oferece brinquedos os objetos adequados ao bebê</li> </ul>
	Comportamento intrusivo	T	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato visual</li> <li>- Sorriso</li> <li>- Gestos (toca repetidas vezes para chamar sua atenção, sem conteúdo afetivo)</li> <li>- Interrompe o fluxo de uma atividade do bebê sem necessidade aparente (muda de posição, retira brinquedos ou sua mão da boca)</li> <li>- É pouco sensível aos sinais do bebê (o movimenta excessivamente, ou faz brincadeiras inadequadas que invadem o espaço da criança)</li> </ul>
	Comportamento protetor positivo	P+	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contato visual</li> <li>- Sorriso</li> <li>- Verbalizações positivas descrevendo o que irá fazer com o bebê ou sobre seu desconforto</li> <li>- Comportamentos que interrompem uma atividade para atender uma necessidade do bebê com função de garantir ou</li> </ul>

			aumentar seu conforto e segurança (limpa o nariz, reposiciona, coloca roupa de frio) - Tenta acalmar o bebê que está chorando
	Comportamento protetor neutro ou negativo	P0/-	- Pode haver contato visual - Verbalizações neutras ou negativas descrevendo o que irá fazer com o bebê, sobre seu desconforto, classificando ou de desagrado - Comportamentos que interrompem uma atividade para atender uma necessidade do bebê com função de garantir seu conforto e segurança (limpa o nariz, reposiciona, coloca roupa de frio) - Tenta acalmar o bebê que está chorando
Não-interativos	Comportamento não-responsivo	F	- Ausência de resposta da mãe após comportamento infantil interativo - Olhar dirigido para outros locais da sala

## 2. Procedimento de coleta de dados

O horário para a filmagem era previamente agendado, após o aceite da mãe de cada um dos grupos. A sessão de filmagem teve duração de 10 minutos. O experimentador dava apenas uma instrução para mãe, que “ficasse com seu bebê como costuma fazer em casa, diariamente”, e avisaria quando desse o tempo de filmagem, os brinquedos estavam disponíveis na sala. Após a filmagem, as mães identificadas com depressão foram encaminhadas para o Centro de Psicologia Aplicada para uma entrevista inicial com a equipe de Psicologia do CPA para triagem e posterior encaminhamento para serviços especializados.

## 3. Procedimento de análise de dados

### 3.1. Para a “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE)

Os valores atribuídos pelas participantes para cada item da escala foram somados. Para este trabalho optou-se por utilizar o ponto de corte 12, ou seja, aquelas que somaram 12 pontos ou mais pontos na escala têm indicação a ter um distúrbio depressivo de intensidade moderada a severa.

### 3.2. Para a avaliação da interação mãe-bebê

A análise das filmagens foi feita de acordo com a CITMI-R, além da pesquisadora outro observador também analisou as filmagens. O treinamento dos observadores seguiu o que foi recomendado por Alvarenga e Cerezo (2013). Inicialmente foi realizada a leitura prévia do manual do instrumento e, posteriormente, foram utilizadas seis filmagens-piloto analisadas repetidas vezes, juntamente com os observadores, possibilitando a resolução das dúvidas. Os oito minutos de filmagem, por opção, neste estudo foram divididos em episódios de 5 segundos e, inicialmente, as interações foram transcritas, em formas de narrativas, pela pesquisadora e

pelo observador. As narrativas foram comparadas e discutidas e para que fossem analisados os comportamentos interativos, de acordo com as categorias previstas pelo instrumento de análise.

Para a análise das filmagens das interações das díades foram descartados os primeiros dois minutos de cada uma delas, aqui considerados como tempo de habituação. Os oito minutos restantes foram divididos em episódios de cinco segundos, somando 96 episódios. No primeiro intervalo o observador começa descrevendo o comportamento infantil e, a partir daí, deve ser seguido o fluxo comportamental da mãe e da criança ao longo do episódio.

Ao final, todos os 30 vídeos foram codificados, segundo as categorias previstas no instrumento. O índice de concordância entre os observadores, para 20% das filmagens foi de 88%.

Após a categorização todas as análises foram baseadas na frequência total dos comportamentos durante os oito minutos de interação. Os dados foram analisados utilizando o software IBM SPSS Statistics 19 (Norusis, 2011). Foi utilizado o Teste T de amostras independentes para verificar se havia diferenças significativas entre os grupos G1 e G2. A Correlação de Spearman foi aplicada no grupo todo para verificar se as categorias interativas da mãe e do bebê apresentaram associações significativas com o resultado da EDPE e para verificar quais comportamentos interativos da díade estão correlacionados.

## **Resultados**

As participantes do Grupo 1 apresentaram pontuação média na EDPE de 14,04 (DP=2,84; Min=12; Max=20), as do Grupo 2 apresentaram pontuação média de 5,02 (DP=1,85; Min=4; Max=10). A Figura 1 ilustra os dois momentos da pesquisa: o total de mães que compuseram a amostra para a primeira etapa do trabalho e as que aceitaram participar da segunda etapa a filmagem para este capítulo. Percebe-se que mães que obtiveram pontuações mais elevadas na primeira etapa não aceitaram participar das filmagens e, também que a maior concentração de mães deprimidas está próxima do ponto de corte da escala, 12 pontos.

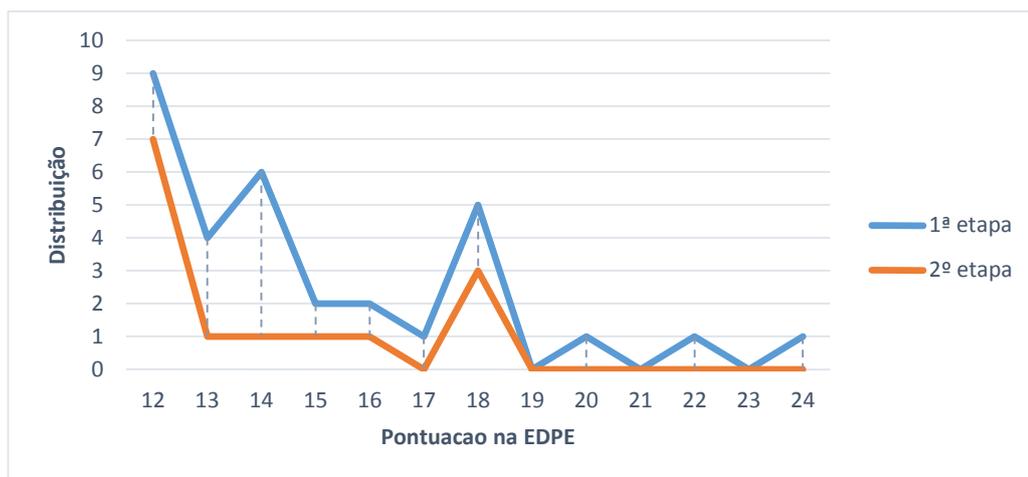


Figura 1. Composição do G1 e sua distribuição de mães de acordo com a pontuação na EDPE.

Partindo para os dados sobre a interação, inicialmente na Tabela 3 há a caracterização geral da amostra. Para os comportamentos interativos infantis a maior média é para a Aproximação Social Neutra (26,12), seguido da Aproximação Social Positiva (18,97). O comportamento não-interativos de Conduta de Jogo teve média de 34,79 com desvio padrão de 24,13 indicando uma ampla variação entre mínimo e máximo nesse comportamento. Um pouco mais da metade dos comportamentos maternos ficou entre Comportamento Sensível Positivo e Neutro (42,79; 26,94), o que indica que elas, em média 68, dos 96 episódios passaram observando e interagindo com seus bebês.

Tabela 3. Caracterização geral da amostra com média e desvio padrão de acordo com as categorias do CITMI-R

Comportamentos Infantis		Média	DesvPad
Interativos	A+	18,97	18,65
	A0	26,12	14,87
	A-	11,27	13,64
Não-Interativos	J	34,79	24,13
	L	4,58	7,50
	Pa	0,27	1,07
Comportamentos Maternos		Média	DesvPad
Interativos	S+	42,79	30,69
	S0	26,94	25,63
	T	14,45	14,96
	P+	6,88	8,39
	P0/-	4,24	6,97
Não-Interativos	F	0,70	2,36

Para verificar as possíveis correlações entre os comportamentos interativos infantis e maternos da amostra toda o teste de correlação de Pearson foi aplicado. Na Tabela 4 há o resumo dos resultados para cada comportamento. As categorias que tiveram interdependência de acordo com o teste foram: Aproximação Social Positiva com Comportamento Sensível Positivo ( $p=0,050$ ); Aproximação Social Neutra e Comportamento Sensível Neutro ( $p=0,050$ ) e Passividade/Apatia com Comportamento Não Responsivo ( $p=0,011$ ) com correlação positiva para as dimensões. O comportamento de Aproximação Social Positiva teve correlação negativa com o Comportamento Protetor Neutro ( $0,050$ ), houve também uma tendência com o Comportamento Sensível Neutro ( $p=0,060$ ).

Tabela 4. Correlação entre os comportamentos interativos do bebê e maternos, considerando a amostra toda.

Comportamentos	S+	S0	T	P+	P0	F
<b>A+</b>						
Rho	0,343	-0,337	0,042	-0,146	-0,332	-0,116
p	0,05	0,06	0,827	0,442	0,05	0,542
<b>A0</b>						
Rho	-0,274	0,348	0,065	0,011	0,272	0,203
p	0,143	0,05	0,733	0,956	0,146	0,282
<b>A-</b>						
Rho	-0,218	0,21	0,269	-0,018	0,204	-0,152
p	0,246	0,265	0,151	0,927	0,28	0,423
<b>J</b>						
Rho	-0,003	-0,009	-0,207	0,232	-0,041	0,099
p	0,986	0,963	0,273	0,218	0,829	0,604
<b>L</b>						
Rho	0,266	-0,263	-0,16	0,19	0,03	-0,249
p	0,155	0,161	0,399	0,316	0,874	-0,184
<b>Pa</b>						
Rho	-0,176	0,095	0,23	0,225	0,223	0,457
p	0,351	0,619	0,221	0,231	0,235	0,011

Na Tabela 5 estão os dados sobre a interação comparando-se as díades mães-bebê do G1 e G2. O Teste  $t$  de amostras independentes indicou diferença significativa entre as médias para a categoria de comportamento não-interativo infantil de Choro/Protesto ( $p=0,002$ ) e para

o Comportamento Protetor Neutro ou Negativo ( $p=0.020$ ) com médias mais altas para bebês filhos de mães deprimidas (L: 8,46; 2,94 e P0/-: 5,46; 3,60 ). Ao observarmos o resultado das médias dos comportamentos, muitas diferem em relação aos grupos, entretanto, há um desvio padrão alto, o que indica muita variação intragrupo, por exemplo, o comportamento de Aproximação Social Positiva contou com média maior para bebês do G2 (G1:  $X=14,06$ ,  $DP=13,48$ ; G2:  $X=22,20$ ,  $DP=14,40$ ) e de Condutas de Jogo para bebês do G1 (G1:  $X=36,66$ ,  $DP=22,93$ ; G2:  $X=32,87$ ,  $DP=22,47$ ).

Para os comportamentos maternos há diferenças no comportamento Sensível Positivo, (G1:  $X=33,80$ ,  $DP=28,72$ ; G2  $X=48,07$ ,  $DP=29,94$ ) as mães do G2 passaram quase metade dos episódios utilizando interação positiva para lidar com seus bebês. As mães do G1 tiveram mais episódios de comportamento Intrusivo que as do G2 (G1:  $X=18,73$ ,  $DP=18,32$ ; G2:  $X=10,40$ ,  $DP=9,31$ ), indicando que interromperam mais as atividades de seus bebês.

Tabela 5. Média de comportamentos interativos da amostra no Grupo 1 e 2.

	Código	G1 (clínico) N=15		G2 (não clínico) N=15		p
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
<b>Comportamentos infantis</b>						
Aproximação social positiva	A+	14,06	13,48	22,20	14,40	0,197
Aproximação social neutra	A-	24,06	14,81	25,87	13,27	0,237
Aproximação social negativa	A0	12,60	14,82	11,67	15,54	0,625
Condutas de jogo	J	36,66	22,93	32,87	22,47	0,142
Choro/protesto	L	8,46	9,47	2,93	4,14	<b>0,002</b>
Passividade/apatia	Pa	0,13	0,35	0,47	1,55	0,217
<b>Comportamentos maternos</b>						
Comportamento sensível positivo	S+	33,80	28,72	48,07	29,94	0,668
Comportamento sensível neutro	S0	28,66	25,51	28,53	24,65	0,357
Comportamento intrusivo	T-	18,73	18,32	10,40	9,31	0,099
Comportamento protetor positivo	P+	8,60	9,81	4,67	5,65	0,334
Comportamento protetor neutro ou negativo	P0/-	5,46	9,10	3,60	4,70	<b>0,020</b>
Comportamento não-responsivo	F	0,73	2,84	0,80	2,14	0,584

O resultado do estatístico de correlação de Pearson para verificar as possíveis correlações entre os comportamentos interativos e o escore na EDPE da amostra toda, encontra-se na Tabela 6. Conforme descritos, nota-se correlação linear positiva com comportamento de Choro/Protesto ( $p=0,009$ ), ou seja, quanto maior o índice de depressão materna, os bebês emitem mais esse tipo de comportamento. Houve também uma tendência ( $p=0,080$ ) de correlação negativa com a EDPE e o Comportamento de Aproximação Social Positiva, o que

indica que quando mais pontos na escala, os bebês emitiram esse comportamento com menor frequência. Para os comportamentos maternos houve correlação negativa entre a depressão e o Comportamento Protetor Positivo, indicando que conforme a depressão aumenta, os episódios relacionados a esse comportamento diminuem.

Tabela 6. Correlação entre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação de depressão (EPDE) e dados da interação segundo o CITMI-R, para a amostra toda.

Comportamentos	Depressão
A+	
Rho	-0,0325
P	0,080
A0	
Rho	-0,136
P	0,474
A-	
Rho	0,249
P	0,185
J	
Rho	0,032
P	0,866
L	
Rho	0,4678
P	0,009
Pa	
Rho	0,026
P	0,890
S+	
Rho	-0,201
P	0,288
S0	
Rho	0,035
P	0,856
T	
Rho	0,110
P	0,563
P+	
Rho	-0,378
P	0,039
P0	
Rho	0,007
P	0,972
F	
Rho	-0,246
P	0,189

A Tabela 7 reúne os dados de correlações entre os comportamentos interativos infantis e maternos para cada grupo (G1 e G2) de acordo com teste estatístico r de Spearman. Para o G1 (grupo clínico) houve correlação positiva significativa entre o Comportamento de Aproximação Social Neutro com o Sensível Neutro ( $p=038$ ), de Passividade ou Apatia com Comportamento

Não-Responsivo ( $p=0,005$ ) e uma tendência de correlação negativa para o comportamento de Choro ou Protesto com Intrusividade ( $p=0,072$ ).

Os resultados do G2 (não-clínico) indicam que os Comportamentos de Aproximação Social Positiva correlacionaram com o Comportamento Sensível Positivo de forma positiva ( $p=0,031$ ), além da negativa com o Comportamento Sensível Neutro ( $p=0,058$ ) e com o Comportamento Protetor Neutro ( $p=0,002$ ). Há também uma tendência de correlação negativa entre o Comportamento de Choro ou Protesto com o Comportamento Não-Responsivo ( $p=0,067$ ).

Tabela 7. Correlação entre os comportamentos interativos do bebê e maternos, considerando a divisão em G1 (grupo clínico) e G2 (não-clínico).

Característica	G1	G2										
	S+		S0		T		P+		P0		F	
<b>A+</b>												
Rho	-0,046	0,556	-0,499	-0,091	-0,109	0,229	-0,363	0,089	-0,73	-0,069	-0,202	-0,156
p	0,87	0,031	0,748	0,05	0,411	0,7	0,753	0,183	0,806	0,002	0,578	0,47
<b>A0</b>												
Rho	-0,516	-0,041	0,539	0,036	0,193	-0,074	-0,16	0,246	0,398	0,094	0,403	0,092
p	0,049	0,884	0,038	0,899	0,49	0,792	0,569	0,377	0,142	0,738	0,137	0,744
<b>A-</b>												
Rho	-0,363	0,138	0,366	0,065	0,038	0,239	0,039	-0,063	0,272	-0,004	-0,31	-0,12
p	0,183	0,632	0,179	0,623	0,891	0,391	0,891	0,823	0,326	0,989	0,261	0,67
<b>J</b>												
Rho	0,27	-0,352	-0,13	0,145	-0,178	-0,149	0,108	0,325	-0,289	0,335	0,062	0,199
p	0,33	0,198	0,645	0,605	0,527	0,597	0,701	0,237	0,296	0,222	0,826	0,476
<b>L</b>												
Rho	0,453	0,402	-0,304	-0,308	-0,463	-0,197	0,203	0,052	-0,014	0,106	0	-0,485
p	0,09	0,138	0,271	0,264	0,072	0,481	0,466	0,852	0,96	0,707	1	0,067
<b>Pa</b>												
Rho	-0,091	-0,32	-0,137	0,267	0,045	0,46	0	0,396	0,205	0,275	0,681	0,324
p	0,747	0,245	0,627	0,337	0,872	0,084	1	0,144	0,464	0,322	0,005	0,239

## Discussão

Sabe-se que a depressão é um transtorno de afeta mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2012), e provavelmente uma grande parcela dessa população cuida ou cuidará de filhos ao longo de sua vida. Estudos sobre o comportamento dos pais na relação com

seus filhos e como a saúde mental pode repercutir sobre a qualidade da interação, vínculo emocional e cuidados parentais são importantes para a área da Psicologia do Desenvolvimento.

Embora o apego tenha componentes inatos que favorecem a aproximação da díade (Bowlby, 1984) é no processo de pareamento desses estímulos respondentes em operantes que a pouca responsividade materna pode causar um efeito negativo na formação dos padrões de apego e na interação com bebê. Estudos indicam que a presença de sintomas de ansiedade e depressão na gravidez podem causar alterações no padrão de resposta dos bebês logo ao nascer, bebês filhos de mães deprimidas na gravidez tendem a apresentar menos comportamentos de socialização inicial (FIGUEIREDO *et al.*, 2010; DUBBER *et al.*, 2014)

Após o nascimento, dados sobre os comportamentos mais frequentes em mães deprimidas colaboram com a hipótese de que pode haver uma falha no estabelecimento nesse vínculo decorrente da alteração da saúde mental, essas mães tendem a interagir menos com seu bebê, são menos responsivas, estabelecem menos contato físico, usam de práticas educativas intrusivas, tendem a demonstrar menos sentimentos positivos e podem interromper a amamentação precocemente. (BELSKY; PASCO-FEARON, 2002; SCHWENGBER, PICCININI, 2004; BRUM; SCHERMANN, 2006; PELÁEZ *et al.*, 2008; CAUGHY, HUANG, LIMA, 2009; LECKMAN-WESTIN, COHEN, STUEVE, 2009; FONSECA, SILVA, OTTA, 2010).

Neste estudo a depressão foi a variável dependente e a igualdade entre os grupos G1 e G2, mostrado na Tabela 2, buscou minimizar a influência das variáveis intervenientes resultantes da combinação dos múltiplos fatores de risco do fenômeno. As condições sociodemográficas da amostra não diferiram significativamente, com 15 mães em cada grupo, clínico e não clínico.

Considerando a distribuição de mães do G1 e suas pontuações na EDPE percebe-se que as mães que tiveram maiores escores na escala não aceitaram participar da filmagem para esta pesquisa. A explicação para esse comportamento pode estar provavelmente no fato de que essas mães ao terem um quadro depressivo mais agravado têm menos reservas comportamentais para lidar com situações de incontrolabilidade. Para Ferreira e Tourinho (2013) pessoas deprimidas tendem a ter mais comportamentos de fuga e esquiva contingentes à situações que exigem variabilidade comportamental.

As variáveis sobre a interação da amostra toda indicam que para os comportamentos interativos infantis, os bebês passaram grande parte do tempo engajados em comportamento não-interativos de Conduta de Jogo. Já as mães passaram em média 68, dos 96 episódios

emitindo comportamentos interativos, o dado dos bebês indica que alguma parte do tempo as mães podem ter passado envolvidas com as brincadeiras dos bebês.

A análise da correlação revelou relação entre Comportamentos de Aproximação Social Positiva com Comportamento Sensível Positivo, Aproximação Social Neutra e Comportamento Sensível Neutro e Passividade/Apatia com Comportamento Não Responsivo, ou seja, as crianças e suas mães tiveram correspondência de valência nesses comportamentos interativos. O comportamento de Aproximação Social Positiva teve correlação negativa com o Comportamento Protetor Neutro e houve também uma tendência com o Comportamento Sensível Neutro. Indicando que para as mães, quando o bebê se comporta de maneira Social Positiva, ela tende a diminuir a frequência de outros comportamentos com função diferente ou até da mesma classe só que com topografia distinta para sincronizar com a topografia expressa pelo bebê. Em geral os comportamentos infantins são emitidos em busca da homeostase, e esse equilíbrio pode ser promovido pelo comportamento materno. A maneira que a mãe e o bebê se comportam em relação ao afeto determina a qualidade da interação. (WEINBERG; TRONICK, 1997).

Ao comparar G1 e G2, houve uma diferença significativa no comportamento de choro ou Protesto, maior para bebês do G1, este dado também foi identificado no teste de correlação. Ou seja, os filhos de mães com indicadores de depressão apresentaram maior tendência a chorar ou protestar sem vínculos com a interação e, quanto maior o escore na escala mais esse comportamento aparecem, quando comparados aos filhos de mães sem esses indicadores. Tronick e Reck, 2009 e De Felipe, 2009 e Alvarenga e Palma, 2013, identificaram padrões de resposta de comportamentos semelhantes para bebês filhos de mães deprimidas, considerando que essa categoria está relacionada ao comportamento do bebê reclamar sem interagir, ou seja, um modo de evitar algo aversivo do contato materno ou protestar.

Ainda sobre os comportamentos infantins houve uma diferença marginalmente significativa de correlação negativa com a EDPE e o Comportamento de Aproximação Social Positiva, o que filhos de mães sem depressão tendem a apresentar com mais frequência esse comportamento, o que indica boa qualidade na interação.

Os estilos maternos retraído e intrusivo expressos por mães deprimidas e indicados nos estudos de Jones et al. (1997) e Field, Hernandez-Reif e Diego (2006) podem servir de guia para os resultados identificados neste estudo. O teste para diferenças de médias indicou que o Comportamento Protetor Neutro ou Negativo foi maior em mães do G2, além disso há correlação negativa entre a depressão e o Comportamento Protetor Positivo, indicando que

mães deprimidas usam mais práticas de cuidado com pouca demonstração de afeto e, conforme a depressão aumenta, os episódios relacionados a esse comportamento afetuosos diminuem, ou seja, as mães têm mais dificuldade em serem responsivas e identificarem os sinais de seus bebês (BELSKY; PASCO-PEARON, 2002; BRUM; SCHERMANN, 2006; FONSECA, SILVA, OTTA, 2010)

É importante ressaltar que a responsividade é considerada preditor de comportamentos de socialização. Mães menos responsivas, em estudos longitudinais apresentaram mais práticas negativas e dificuldade em lidar com o comportamento de seus filhos. (PATTERSON *et al*, 2000).

O resultado da análise de correlação das 15 díades separadamente em grupo clínico e não clínico indica quais comportamentos são associados de maneira mais frequente para díades de risco e os comportamentos para o grupo em que a variável depressão não exerceu influência. Há diferenças importante para os resultados obtidos, no G1 (grupo clínico) houve correlação positiva significativa entre o Comportamento de Aproximação Social Neutro com o Sensível Neutro, de Passividade ou Apatia com Comportamento Não-Responsivo e uma tendência de correlação negativa para o comportamento de Choro ou Protesto com Intrusividade. Todos esses comportamentos são indicativos de uma qualidade não tão boa na interação, pois não envolvem trocas de afeto positiva. Desta forma, os resultados do G2 (não-clínico) indicam que na interação das díades comportamentos positivos que se correlacionaram, foram eles os de Aproximação Social Positiva com o Comportamento Sensível Positivo. Scaramella e Leve (2004) e Alvarenga e Piccinini (2007) indicam que há relação entre baixa responsividade materna e as práticas parentais negativas, portanto são fatores de risco para comportamentos não adaptativos e problemas no desenvolvimento das crianças. Pais pouco sensíveis podem iniciar um ciclo de interações pobres ou até negativas com seus bebês, desta forma eles podem inicialmente variar seu comportamento para topografias mais intensas como choro, birra ou agressividade em busca de uma resposta materna.

### **Considerações finais:**

O objetivo deste estudo foi comparar a interação da díade de mães de bebês entre quatro a seis meses de idade considerando a variável depressão como fator de risco para a interação. Enquanto resultados houve diferença significativa entre os comportamentos das díades do G1

e G2 considerando a variável depressão em algumas categorias. Os resultados confirmam outros estudos e tendências em relação à baixa responsividade e sincronia da díade em que a mãe está deprimida. Embora os resultados sobre o comportamento dessas mães não tenham sido tão contrastantes há de se ressaltar que há outras variáveis influenciando a qualidade na interação, como por exemplo os fatores de proteção ou o dado de que mães que tiveram mais pontos na escala não tenham participado da filmagem. A depressão materna, neste caso pode se configurar como preditora de resultados negativos para o desenvolvimento da criança, lembrando que é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de padrões de apego inseguro ou evitante.

Ao identificar as diferenças entre os comportamentos expressos nos dois grupos, há indícios de que a interação de mães sem depressão seja mais rica e cadenciada com o padrão de respostas infantil. Sendo assim, intervenções que busquem ensinar sobre a importância do estabelecimento de interações positivas com seus bebês são alternativas interessantes para melhorar o vínculo e como proteção para o desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M. Developmental psychopathology. In: BORNSTEIN, M. H. & LAMB, M. E. (ORGS.). *Developmental Psychology: An advanced textbook* (p. 629-676). New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1992.
- AINSWORTH, M. D. S.; BLEHAR, M. C.; WATERS, E. Wall; S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, 1978.
- AINSWORTH, M. S.; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. *American psychologist*, v. 46, n. 4, p. 333, 1991.
- AIROSA, S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n. 1, 2013 .
- ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F.. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. *Psicologia em Pesquisa*, v. 5, n. 2, p. 146-155, 2011.
- ALVARENGA, P.; CEREZZO, M.A. Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira do sistema observacional CITMI-R. *Avaliação Psicológica*, v. 12, n. 3, p. 307-316, 2013.
- ALVARENGA, P.; PALMA, E. M. S. Indicadores de Depressão Materna e a Interação Mãe-Criança aos 18 Meses de Vida. *Psico*, v. 44, n. 3, p. 402-410, 2013.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Preditores do desenvolvimento social na infância: potencial e limitações de um modelo conceitual. *Interação em Psicologia*, v. 1, p. 103-112, 2007.
- American Psychuatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, Fifth edition (DSM-V). Washington, DC, 2013.
- ARRAIS, A. R. As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- AUSTIN, M. P. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 28, n. 1, 2014.
- BELSKY, J.; PASCO FEARON, R. M. Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, v. 4n. 3, p. 361-387, 2002.
- BOOM, D. C. Sensitivity and attachment: Next steps for developmentalists. *Child Development*, v. 68, n. 4, p. 592-594, 1997.
- BOWLBY, J. *Apego*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

BOWLBY, J. Primórdios do comportamento do apego. In: Bowlby J. Apego e perda: apego. (p. 329-69). São Paulo (SP): Martins Fontes, 2002.

BRADLEY, R.H; CORWYN, R.F. Socioeconomic status and child development. Annual Review of Psychology, v. 53, p. 371-99, 2002.

BRASIL, C. D. C. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP, 2008. Disponível em:<[http://www.abep.org/codigosguias/Criterio\\_Brasil\\_2008.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência psiquiátrica hospitalar: morbidade. Saúde mental em dados, Brasília, ano 1, n. 2, jan./jul. 2006.

BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. 1974.

BRUM, E. H. M; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. Psico, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 151-158, 2006.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. Psico, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; ALBUQUERQUE, T. L. C.; PAES, J. A.; MONTENEGRO, A. C. P.; SOUGEY, E. B. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.

CARVALHO, F. A., LIMA SALUM, M. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. Psico, v. 45, n. 4, p. 463-474, 2014.

CAUGHY, M. O.; HUANG, K.; LIMA, J. Patterns of conflict interaction in mother-toddler dyads: Differences between depressed and non-depressed mothers. Journal of Child and Family Studies, v. 18, n. 1, p. 10-20, 2009.

CEREZO A.; KEESLER T. Y.; DUNN E. S.; WAHLER; R. G. Standardized observation codes: Revision III-B. Unpublished document, Psychology Department, University of Tennessee, Knoxville, 1986.

CEREZO, M. A.; PONS-SALVADOR, G.; TRENADO, R. M. La Calidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocia [The quality of attachment in childhood and maternal sensitivity: from a microsocia perspective]. Acción Psicológica, v. 8, n. 2, p. 9-25, 2011.

COHEN, L. S.; NONACS, R.; VIGUERA, A. C.; REMINICK, A. Diagnosis and treatment of depression during pregnancy. CNS spectrums, v. 9, n. 03, p. 209-216, 2004.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B.; BIFULCO, A. Attachment style and psychological adjustment in couples. Attachment & Human Development, v. 13, n. 3, p. 271-291, 2011.

CONDON, W. S.; SANDER, L. W. Synchrony demonstrated between movements of the neonate and adult speech. *Child development*, v. p. 456-462, 1974.

CONEP. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

COUTINHO, L. M. S.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Cad. Saúde Pública*. v.9, 30, p. 1875-1883, 2014.

COUTINHO; M. P. L.; SARAIVA; E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 8, n. 3, p. 0-0, 2008.

COX, L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, n. 6 v. 150, p. 782-786, 1987.

DA SILVA CRUZ, E. B.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet*, v. 27, p. 181-188, 2005.

DE FELIPE, R.P. Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v.5, n.2, p. 167-184, 2003.

DUBBER, S.; RECK, C.; MÜLLER, M.; GAWLIK, S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental health*, v. 18, n. 2, p. v187-195, 2014.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012 .

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Desamparo Aprendido e Incontrolabilidade: Relevância para Abordagem Analítico-Comportamental da Depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 2, p. 211-219, 2013.

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v.13, n.1, p. 20-36, 2011.

FERSTER, C. B.; CULBERTSON, S.; PERROT BOREN, M.C. *Princípios do comportamento*. São Paulo: Hucitec, 1978.

- FERSTER, C.B. A functional analysis of depression. *American Psychology*, v. 28 p. 857-870, 1973.
- FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF, M.; DIEGO, M. Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, v. 26, n. 1, p. 15-30, 2006.
- FIGUEIRA, P. G.; DINIZ, L. M.; SILVA FILHO, H. C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.
- FIGUEIREDO, B.; CONDE, A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, v. 14, n. 3, p. 247-255, 2011.
- FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A. P.; MAGARINHO, R. Grávidas adolescentes e grávidas adultas: diferentes circunstâncias de risco? 2005.
- FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R.; CONDE, A.; TEIXEIRA, C. Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. *Early human development*, v. 86, n. 8, p. 479-485, 2010.
- FIGUEIREDO; B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. 2003.
- FONSECA, V. R. J. M.; SILVA, G. A.; OTTA E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 26, n. 4, p.738-46, 2010.
- FORTY, L.; JONES, L.; MACGREGOR, S.; CAESAR, S.; COOPER, C., HOUGH, A.; PSYCH, M. R. C. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *The American journal of psychiatry*, v. 163, n. 9, p. 1549-1553, 2006.
- FRIZZO, G.B.; PICCININI C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v.10, n.1, p.47-55, 2005.
- GAYNES, B. N.; GAVIN, N.; MELTZER-BRODY, S.; LOHR., K. N.; SWINSON., T.; GARTLEHNER., G; MILLER, W. C. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *AHRQ Evidence Report Summaries*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2005.
- GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando famílias*, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.
- GUERRA, M. J.; BRAGA, M. C.; QUELHAS, I.; SILVA, R. . Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (SPE1)*, 117-124, 2014.
- HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HOROWITZ, F. D. Exploring developmental theories: Toward a structural/ behavioral model of development. New Jersey: Erlbaum, 1978.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In D. R. Zamignani (Ed.), Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos, p. 143-151. Santo André: ESETec. v. 3, 2011.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 21, n. 2, p. 131-139, 2005.

ISABELLA, R. A.; BELSKY, J.; VON EYE, A. Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year. Developmental Psychology, v. 25, n. 1, p. 12-21, 1989.

KELLER, H. Diferentes caminhos de socialização até a adolescência. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 8, p. 1-14, 1998.

KIM P.; SWAIN J.E. Sad dads: paternal postpartum depression. Psychiatry (Edgmont), v. 4, n. 2, p. 35-47, 2007.

KLAUS, M.; KLAUS, P. Seu surpreendente recém nascido. Porto Alegre: Artmed, 2001

KONRADT, C. E.; SILVA, R.A.; JANSEN, K. V.; QUEVEDO, D. M.; SOUZA, L. S.; OSES, L. D. M.; PINHEIRO, R. T. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011

LAVELLI, M.; FOGEL, A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. Developmental psychology, v. 41, n. 1, p. 265, 2005.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G.; CORCORAN, P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. Journal of Clinical Nursing, p. 388-397, 2012.

LECKMAN-WESTIN, E.; COHEN, P. R.; STUEVE, A.. Maternal depression and mother-child interaction patterns: Association with toddler problems and continuity of effects to late childhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 50, n. 9, p. 1176-1184, 2009.

LIBERATO; M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2011.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

MACARINI, S. M.; MARTINS, G. D. F.; MINETTO, M. D. F. J.; VIEIRA, M. L. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 62, n. 1, p. 119-134, 2010.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, v.56 n.3, p. 227-238, 2001.

MATTAR, R.; SILVA, E. Y. K.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A. R.; COLÁS, O. R.; ANDALAF NETO, J.; LIPPI, U. G. Domestic violence as a risk factor in the screening of for post-partum depression. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 29, n. 9, p. 470-477, 2007.

MCCARTY, C. A.; MCMAHON, R. J. Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology*, v. 17, n. 4, p. 545, 2003.

MORAIS, M. L. S.; FONSECA, L. A. M.; DAVID, V. F.; VIEGAS, L. M.; OTTA, E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015

MORAIS, M. L. S.; LUCCI, T. K.; OTTA, E. Postpartum depression and child development in first year of life; *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 30, n. 1, p. 7-17, 2013.

MURRAY, L.; HALLIGAN, S.; COOPER, P. Effects of Postnatal Depression on Mother–Infant Interactions and Child Development, in *Wiley-Blackwell Handbook of Infant Development*, Oxford, UK., v. 2. 2010

MURRAY, L; ARTECHE, A.; FEARON, P.; HALLIGAN, S.; GOODYER, I.; Cooper, P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 50, n. 5, p. 460-470, 2011.

NARDI, A. E. *Questões atuais sobre depressão*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos, 2006.

NORHAYATI, M.N.; NIK HAZLINA, N.H.; ASRENEE, A.R.; WAN EMILIN, W.M.A. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of affective disorders*, v. 175, p. 34-52, 2015.

NORUSIS, M. *IBM SPSS Statistics 19 Guide to Data Analysis*, 2011. Recuperado de <http://free-download-books-medical-education.com/131-ibm-spss--statistics-19-guide-to-data-analysis.html>

O'HARA, M. W.; STUART, S.; WATSON, D.; DIETZ, P. M.; FARR, S. L.; D'ANGELO, D. Brief scales to detect postpartum depression and anxiety symptoms. *Journal of Women's Health*, v. 21, n. 12, p. 1237-1243, 2012.

PATTERSON, G. R., DeGARMO, D. S., KNUTSON, N. Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, v. 12, p. 91-106, 2000.

PEARSON, R.M.; EVANS, J.; KOUNALI, D. Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms for Offspring Depression at Age 18 Years. *JAMA Psychiatry*, v. 70, n. 12, p. 1312-1319, 2013.

PELÁEZ, M.; PICKENS, J.; FIELD, T.; HART, S. Disengaged and authoritarian parenting behavior of depressed mothers with their toddlers. *Infant Behavior and Development*, v. 31, n. 1, p. 145-148, 2008.

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C.; CANAVEZ, I. C. Anxiety and depression in mothers of newborns with visible deformities. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2008.

PICCININI, C. A.; MARIN, A. H.; ALVARENGA, P.; LOPES, R. D. C. S.; TUDGE, J. R. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 109-117, 2007.

PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. D.; RIBAS, A. F. P.; BOSA, C. A.; OLIVEIRA, E. A. D.; PINTO, E. B.; CHAHON, V. L. Diferentes perspectivas na análise da interação pais bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

PINHEIRO, D. P. N. Resilience in discussion. *Psicologia em estudo*, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PRENOVEAU, J., CRASKE, M., COUNSELL, N., WEST, V., DAVIES, B., COOPER, P., STEIN, A. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and anxiety*, v. 30, n. 6, p. 506-514, 2012.

REPPOLD, C. T; PACHECO, J. B. M.; HUTZ, C. S.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção, p. 7-51, 2002.'

RIBAS, A. F. P.; SEIDL-DE-MOURA, M. L. Interações precoces mãe-bebê: A gênese de zonas de construção. *Interações precoces mãe-bebê: A gênese de zonas de construção*, 1996.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL-DE-MOURA, M. L.; RIBAS JR, R. C. Responsividade materna: Levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 16, n. 1, p. 137-145, 2003.

- RIBAS, A. F. P.; SEIDL-DE-MOURA, M. L.; RIBAS JR, R. C. Responsividade materna: Levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 16, n. 1, p. 137-145, 2003.
- RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011.
- RUSCH, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da Depressão Pós-parto. *Revista e Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 3 p. 274-280, 2007.
- SANTOS, C. M. T. ALMEIDA, G. O.; SOUZA, T. S. Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, v. 2, n. 3, pp. 1-1, 2009.
- SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. C.; BARROS, A. J.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 23, pp. 2577-2588, 2007.
- SANTOS, J. H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 516-2, 2009.
- SANTOS, M. F. S., MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.26, p.32-40, 1999.
- SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ. Apl.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 5-26, 2007.
- SANTOS, M.F.S. Depressão pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras. *Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília*, Brasília, 1995.
- SCARAMELLA, L. V.; LEVE, L. D. Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, v. 7, n. 2, p. 89-107, 2004.
- SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011.
- SCHLINGER, H. D. *A behavior analytic view of child development*. Springer Science & Business Media, 1995.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*. v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.8, n.3, p. 403-411, 2003.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. Interações Sociais e Desenvolvimento. In: M. L. SEILD-DE-MOURA; D. M. L. F. MENDES; L. F. PESSÔA (Orgs.) Interação Social e Desenvolvimento. Curitiba, Editora CRV, p. 19-36, 2009.

SEIDL-DE-MOURA, M. L., RIBAS, A. F. P., da COSTA-SEABRA, K., PESSÔA, L. F., RIBAS Jr, R., NOGUEIRA, S. E. Interações iniciais mãe-bebê. Psicologia: reflexão e crítica, v. 17 n. 3, p. 295-30, 2004

SELIGMAN, M. E.P. Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1977.

SILVA, G. A. Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVA, R.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; QUEVEDO, L.; BARBOSA, L.; MORAES, I.; PINHEIRO, R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2012.

SKINNER, B. F. Seleção por consequências. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v.9, n.1, p. 129-137, 2007. (Trabalho original publicado em 1981).

STURMEY, P. Functional analysis in clinical psychology. Wiley series in clinical psychology. Oxford, England: John Wiley & Sons, 1996.

TAQUES, D. C. S. R.; RODRIGUES, O. M. P. R. Avaliação do repertório comportamental de bebês nos quatro primeiros meses de vida: uma proposta de análise. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, v. 16, n. 2, p. 77-87, 2006.

TENDAIS, I.; COSTA, R.; CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. The Spanish journal of psychology, v. 17, p. E7, 2014.

TRENADO, R.; CERESO, M. A. Codificación de la Interacción Temprana Materno Infantil en su versión revisada, CITMI-R. Documento no publicado. Universidad de Valencia, 2007.

TRONICK, E.; RECK, C. Infants of depressed mothers. Harvard Review of Psychiatry, n. 2, n. 17, p. 147-156, 2009.

VALSINER, J. Culture and the development of children's actions. 2nd Edition, New York: John Wiley & Sons, 2007.

VASCONCELOS, L. A.; NAVES, A, R. C. X.; ÁVILA, R. R. Abordagem Analítico-comportamental do Desenvolvimento. Em: E. Z. Tourinho; S. V. de Luna. Análise do comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas. São Paulo: Roca, 2010

WEINBERG, M. K.; TRONICK, E. Z. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. Postpartum depression and child development, p. 54-81, 1997.

WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press; 2009.

WISNER, K.L.; PARRY, B.L.; PIONTEK, C.M. Clinical practice. Postpartum depression. N Engl J Med 347 (3): 194-199, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Mental health: Depression. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html)>. Acesso em: 10 fev. 2013.

**ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 69ª Reunião Ordinária realizada no dia 22 de novembro de 2012, na sala de reuniões do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências - UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, Processo nº 11187/46/01/12, sob responsabilidade da Profª Drª Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

**Bauru (SP), 22 de novembro de 2012**

**PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360  
Fone: (14) 3103-6187 - email: [celiari@fc.unesp.br](mailto:celiari@fc.unesp.br)

**ANEXO 2:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, pai (mãe) da menor \_\_\_\_\_ autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: “ DEPRESSÃO PÓS-PARTO E CRENÇAS SOBRE PRÁTICAS PARENTAIS”, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação do meu filho. Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo no Centro de Psicologia Aplicada. Fui informado que em caso de dúvida deverei procurar a responsável pelo projeto, a Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, que deverá ser contatada pelo telefone (14) 3103 6090.

Bauru, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

(Nome do responsável)