

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO
UNESP
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem



**INDICADORES DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO, ANSIEDADE E
ESTRESSE MATERNOS: INFLUÊNCIAS SOBRE A INTERAÇÃO
MÃE-BEBÊ**

Verônica Rodrigues Mangili

Bauru
2017

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO
UNESP
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem**

VERÔNICA RODRIGUES MANGILI

**INDICADORES DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO, ANSIEDADE E
ESTRESSE MATERNOS: INFLUÊNCIAS SOBRE A INTERAÇÃO
MÃE-BEBÊ**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração: Desenvolvimento, comportamento e saúde, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, sob a orientação da Professora Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Mangili, Verônica Rodrigues.

Indicadores de Depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos: Influências sobre a Interação Mãe-Bebê / Verônica Rodrigues Mangili, 2017
119 f.

Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Engenharia, Bauru, 2017

1. Saúde Emocional Materna. 2. Interação Mãe-Bebê.
3. Desenvolvimento Infantil. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de VERÔNICA RODRIGUES MANGILI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 14 dias do mês de julho do ano de 2017, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/ Campus de Bauru, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados, Profa. Dra. RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO do(a) Instituto de Ciências Humanas / Universidade Paulista, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de VERÔNICA RODRIGUES MANGILI, intitulada **INDICADORES DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO, ANSIEDADE E ESTRESSE MATERNOS: INFLUÊNCIA SOBRE A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ**. 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.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA

Profa. Dra. RAFAELA DE ALMEIDA SCHIAVO

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sandra e José Luiz, e meu irmão, Vinícius, por todo apoio e amor incondicionais que sempre tiveram para comigo. Nos momentos mais difíceis, vocês estiveram ao meu lado e me ensinaram a viver.

À Professora Olga, que desde o início da minha jornada acadêmica me incentivou, ensinou e orientou com muita paciência e competência, tornando-se minha referência profissional. Agradeço pela confiança de sempre, até mesmo eu não tive tanta fé em mim quanto ela.

Às Professoras Verônica e Rafaela pela disponibilidade em participarem da minha defesa de dissertação, apontando e sugerindo melhorias a esse trabalho, de forma a sempre me ensinar.

À FAPESP, cujo incentivo financeiro possibilitou a realização desse trabalho.

Às mães e bebês que participaram da pesquisa, colaborando gentilmente com esse trabalho.

À todos os envolvidos ao Projeto de Bebês e ao CPA.

À Tais pelo auxílio enorme nas coletas, nas análises estatísticas, pela amizade e incentivo que sempre me deu. Obrigada por ser tão reforçadora, te admiro muito.

À Deus pelo dom da vida, pela oportunidade de acordar todos os dias e aprender.

À Nossa Senhora por sempre me abençoar e iluminar com seu manto azul de proteção.

À todos os que estiveram envolvidos de alguma forma a esse trabalho, minha eterna gratidão.

Apoio Financeiro: 

A presente pesquisa é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante concessão de bolsa de Mestrado, processo nº 2015/11674-8.

MANGILI, V. R. **Indicadores de Depressão Pós-parto, Ansiedade e Estresse Maternos: Influências sobre a Interação Mãe-Bebê**. 2017. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

RESUMO

A saúde emocional materna pode ser estudada com base em indicadores de depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos, a literatura investiga os impactos desses constructos sobre a interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil. As mães com indicadores clínicos tendem a estabelecer uma interação inadequada para com seus bebês, o que altera também as respostas dessas crianças. Este trabalho teve como objetivo investigar os comportamentos interativos maternos e do bebê a partir do FFSF (*Face-to-Face Still Face*), procedimento experimental de nove minutos de interação mãe-bebê, divididos em três episódios. A amostra foi composta por 47 mães e bebês de 3 a 5 meses de idade, que participavam do projeto de extensão “Acompanhamento do Desenvolvimento de Bebês: Avaliação e Orientação aos Pais”. O trabalho foi dividido em dois estudos, o primeiro comparou os comportamentos interativos de mães sem indicadores emocionais clínicos (G1) dos comportamentos interativos de mães com indicadores emocionais clínicos (G2), além da comparação dos comportamentos maternos entre os episódios. Os resultados destacaram que mães de G1 interagiram mais com seus bebês, tanto positiva, quanto negativamente. A comparação entre os episódios demonstrou que ambos os grupos interagiram mais no episódio um e retomaram parcialmente a interação no episódio três. O estudo dois comparou as médias dos comportamentos interativos dos bebês de G1 (bebês de mães sem indicadores emocionais) e G2 (bebês de mães com indicadores emocionais). Os bebês de G2 emitiram mais comportamentos negativos durante os episódios um e dois, e os bebês de G1 emitiram mais comportamentos positivos nesses episódios. Os comportamentos de regulação foram mais frequentes no episódio dois, pelos bebês de G2. A comparação das médias dos comportamentos entre os episódios do FFSF indicou que ambos os grupos de bebês sofreram o efeito *Still Face*, à medida que diminuíram a emissão de comportamentos positivos e aumentaram a frequência de comportamentos negativos e de regulação. Os resultados obtidos contribuem com o estofo teórico sobre o tema e podem embasar programas de intervenção sobre a interação mãe-bebê. Apesar disso, são necessários trabalhos com maiores amostras, que isolem algumas variáveis e com diferentes instrumentos de avaliação para confirmar os dados apresentados.

Palavras Chave: saúde emocional materna, interação mãe-bebê, desenvolvimento infantil.

MANGILI, V. R. **Indexes of Postpartum Depression, Maternal Anxiety and Maternal Stress: Influences at Mother and Baby Interaction.** 2017. 119f. Dissertation (Master in Developmental Psychology and Learning), São Paulo State University, Faculty of Sciences, Bauru, 2017.

ABSTRACT

The literature has been studying the maternal emotional health as a variable that may influence the child development and the interactions between mother and baby. High indexes of postpartum depression, anxiety and stress in mothers may change their behaviors, establishing inadequate interaction with their infants. This research has the goal of investigate maternal and baby's behaviors at the experimental paradigm *Face-to-Face Still Face*, that is a filming of nine minutes, shared in three episodes. 47 mothers and babies composed the sample; these babies were 3, 4, or 5 months old. They participated of extension project "Accompaniment of babies' development: evaluation and guidance for parents". At the first episodes, the mother interacted usually with her child. At the second episode, the mother didn't interact with the baby, keeping expressionless. It was organized in two studies. The first one compared the maternal interactive behaviors from mothers without clinical emotional indexes (G1) and from mothers with clinical emotional indexes (G2), besides the comparison between the maternal's behaviors at the episodes. The results showed that mothers of G1 issued more positive and negative behaviors. Mothers of G2 had some difficult to resume the interaction after the second episode, it may be the *Still Face* effect. All the mothers interacted more at the first episode than the third episode. The second study compared infant's behaviors from babies of mothers without clinical emotional indexes (G1) and from babies of mothers with clinical emotional indicators (G2). The results presented that during the first and second episodes, babies of G1 issued more positive behaviors and babies of G2 issued more negative and self-comfort behaviors. The comparison of the behaviors at the three episodes showed that all babies suffered the *Still Face* effect, since a frequency increase of negative and self-comfort behaviors and a frequency decrease of the positive behaviors were observed at the *Still Face* episode. These results contribute to theoretical baggage about the subject and could base interventions on mothers and baby interactions. However, studies with larger sample and different evaluation instruments are necessary to confirm all data get at this research.

Keywords: maternal emotional health, interaction mother and baby, child development.

LISTA DE QUADROS

ESTUDO 01

Quadro 1. Definições operacionais das categorias e comportamentos interativos maternos

ESTUDO 02

Quadro 2. Definições operacionais das categorias e comportamentos interativos do bebê

LISTA DE TABELAS

ESTUDO 01

Tabela 1. Características dos bebês da amostra.....	34
Tabela 2. Variáveis Maternas e da Família	35
Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação intraclasse para a categoria de comportamentos interativos maternos entre observadores independentes.....	41
Tabela 4. Indicadores Emocionais da amostra de mães.....	42
Tabela 5. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos maternos de G1 e G2 no episódio um.....	44
Tabela 6. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos maternos de G1 e G2 no episódio três.....	46
Tabela 7. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos maternos de G1 entre os três episódios	48
Tabela 8. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos maternos de G2 entre os três episódios	50

ESTUDO 02

Tabela 1. Características dos bebês da amostra.....	76
Tabela 2. Variáveis Maternas e da Família	77
Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação intraclasse para a categoria de comportamentos interativos do bebê entre observadores independentes.....	84
Tabela 4. Indicadores Emocionais da amostra de mães.....	85
Tabela 5. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos dos bebês de G1 e G2 no episódio um	86
Tabela 6. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos dos bebês de G1 e G2 no episódio dois	88
Tabela 7. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos dos bebês de G1 e G2 no episódio três	89
Tabela 8. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos interativos totais dos bebês de G1 e G2 entre os três episódios	91

Tabela 9. Análise comparativa a partir da Média e Desvio Padrão dos comportamentos interativos dos bebês de G1 entre os três episódios.....	93
Tabela 10. Análise comparativa a partir Média e Desvio Padrão dos comportamentos interativos dos bebês de G2 entre os três episódios.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABFW-Teste de Linguagem Infantil
ASQ-15- Questionário de Ansiedade
ASQ-3- Questionário de idades e estágios
BAI- Inventário de Ansiedade de Beck
BDI- Inventário Beck de Depressão
CPA- Centro de Psicologia Aplicada
DP- Desvio Padrão
DPP- Depressão Pós-parto
DSM-V- Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
EPDS-Edinburgh Postpartum Depression Scale
FFSF- *Face-to-Face Still Face*
G1 (Estudo 01)- Grupo de mães sem indicadores emocionais
G1 (Estudo 02)- Grupo de bebês de mães sem indicadores emocionais
G2 (Estudo 02)- Grupo de bebês de mães com indicadores emocionais
G2 (Estudo 02)- Grupo de mães com indicadores emocionais
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDATE- Inventário de Ansiedade Traço- Estado
IRDI- Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
ISSL- Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp
MIRI-Instrumento de Responsividade Materna
MRSS- *Maternal Regulatory Scoring System*
NBAS- Escala de Avaliação Comportamental Neonatal
OMS-Organização Mundial da Saúde
POIMB-0-6- Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê
PSI-SF- Inventário de Estresse Parental-Forma Curta
SORRI-BAURU- Centro Especializado em Reabilitação
TAN- Triagem Auditiva Neonatal
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
ESTUDO 01: Saúde Emocional Materna e a Influência sobre os Comportamentos Interativos Maternos.....	17
1.Introdução.....	17
2.Objetivos.....	32
3.Método	33
3.1 Participantes	33
3.2 Instrumentos	35
3.3 Procedimento de coleta dos dados	38
3.4 Procedimento de análise dos dados	39
4. Resultados	41
5. Discussão	51
6. Considerações Finais.....	55
ESTUDO 02: Saúde Emocional Materna e a Influência sobre os Comportamentos Interativos do Bebê.....	57
1.Introdução	57
2. Objetivo.....	75
3. Método.....	75
3.1 Participantes	75
3.2 Instrumentos	75
3.3 Procedimento de coleta dos dados	81
3.4 Procedimento de análise dos dados.....	82
4. Resultados	84
5. Discussão.....	97
6. Considerações Finais.....	102
7. Conclusões Gerais.....	104
8. Referências.....	107
9. Anexos	116

1. APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento infantil é resultante da interação entre capacidades potenciais da criança e a influência do ambiente, este por sua vez, envolve condição a socioeconômica, a cultura em que o bebê está inserido, assim como seus cuidadores, os pais, avós, irmãos. A figura materna, em nossa sociedade, desempenha um papel importante no ambiente do bebê. (CARLESSO, 2011). Sendo assim, ele está susceptível ao tratamento dispendido por essas figuras, principalmente na fase inicial dos doze primeiros meses. As variáveis maternas, como a depressão pós-parto, ansiedade e estresse, podem alterar os comportamentos maternos de forma a influenciar a interação mãe-bebê e o desenvolvimento da criança (BELTRAMI, MORAES, SOUZA, 2013; CAMPOS, RODRIGUES, 2015; PEROSA et al. 2009; RAPOSA et al. 2013; SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005). A influência dessas variáveis sobre a interação mãe-bebê determina uma questão de saúde pública, já que a saúde emocional da mãe tem parte ativa no desenvolvimento do bebê. Identificando tais relações, a orientação e o auxílio aos pais poderiam ser mais efetivos e focais, com a diminuição de prejuízos que podem ocorrer na interação com seu filho, possibilitando práticas parentais adequadas e eficientes.

Nesse sentido, ações que visam a promoção da saúde mental e bem-estar das mulheres são necessárias, principalmente nos momentos de planejamento familiar, gestação e puerpério (PEREIRA et al. 2011), devendo ser estendidos também aos pais. Em conjunto à essas ações, programas de orientação e acompanhamento aos cuidados para com o bebê, principalmente no primeiro ano de vida devem ser oferecidos à toda a população, considerando a importância dos pais para o ambiente do bebê (PEREIRA, 2014). No laboratório de desenvolvimento infantil, localizado no Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, são desenvolvidas pesquisas que avaliam variáveis maternas, paternas e do bebê durante o primeiro ano de vida. Essas pesquisas estão associadas ao projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”,

que existe desde 1999 e tem como propósito avaliar mensalmente, até o primeiro ano de vida, o desenvolvimento do bebê e oferecer orientações aos pais sobre estruturação do ambiente, desenvolvimento infantil, possibilidades de estimulação, estabelecimento de vínculo e saúde materna. Um dos trabalhos originados do projeto foi a pesquisa de iniciação científica “Depressão Pós-parto e Práticas Educativas Parentais” (MANGILI, 2014), que teve como principal objetivo comparar e correlacionar as práticas educativas de mães com sintomas de depressão pós-parto e sem esses sintomas. Foram encontradas diferenças significativas nas categorias disciplina relaxada e punição inconsistente, práticas mais relatadas em mães que apresentaram sintomas de depressão pós-parto. A análise dos dados coletados mostrou correlação negativa entre os sintomas de depressão pós-parto e monitoria positiva e correlação positiva entre a DPP e as categorias de punição inconsistente e negligência.

A partir dessa pesquisa de iniciação científica e do programa “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” o trabalho de mestrado em questão foi elaborado. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo principal verificar a influência da saúde emocional materna sobre a interação mãe-bebê. Dessa forma, pretende-se responder às questões: Qual a prevalência de indicadores de depressão pós-parto, estresse e ansiedade na amostra de mães estudada? Há influência dos estados emocionais da mãe sobre a interação mãe-bebê? Com base no procedimento *Face to Face Still-Face*, como é a interação mãe-bebê com idade entre três e cinco meses?

Para responder às questões expostas, o trabalho foi organizado em dois estudos, “Saúde Emocional Materna e a Influência sobre o Comportamento Interativo Materno” e “Saúde Emocional Materna e a Influência sobre o Comportamento Interativo do Bebê”. O primeiro descreve os índices de depressão pós-parto, ansiedade e estresse em 47 mães de bebês com idade entre três e cinco meses, a partir desses dados, a amostra é dividida em grupos de mães sem indicadores clínicos (G1=29) e mães com indicadores clínicos (G2=18). Dessa forma, são

comparados os comportamentos interativos maternos de mães com indicadores clínicos para depressão pós-parto, ansiedade e estresse e comportamentos interativos de mães sem esses indicadores. Além disso, o estudo ainda compara os comportamentos maternos entre os episódios do procedimento *Face-to-Face Still Face*, considerando os grupos de mães. O segundo estudo também descreve os índices de depressão pós-parto, ansiedade e estresse em 47 mães de bebês com idade entre três e cinco meses, a partir desses dados a amostra de bebês é dividida em bebês de mães sem indicadores clínicos (G2=29) e bebês de mães com indicadores clínicos (G2=18). São comparados os comportamentos interativos dos bebês de mães sem indicadores clínicos (G1) e comportamentos de bebês de mães com indicadores clínicos (G2). Os comportamentos dos bebês também são comparados entre os episódios, considerando os grupos de bebês.

Com isso, o principal objetivo desse trabalho foi investigar a influência da saúde emocional materna e do procedimento *Face-to-Face Still Face* sobre os comportamentos interativos maternos e do bebê. Os estudos estão relatados nas páginas a seguir.

ESTUDO 01

Saúde Emocional Materna e a influência sobre o comportamento interativo materno

1. INTRODUÇÃO

A OMS (Organização Mundial da Saúde) caracteriza a saúde emocional como um estado de bem-estar onde o indivíduo realiza suas próprias habilidades, lida com os fatores estressantes normais da vida, trabalha produtivamente e é capaz de contribuir com a sociedade. Fatores que dificultam ou inviabilizam a produtividade e a lida com estímulos aversivos do dia-a-dia são indicadores de que a saúde emocional está sendo prejudicada. Esses fatores configuram transtornos mentais como a depressão, ansiedade, estresse. Estudos apontaram maior prevalência desses constructos na população feminina (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; KINRYS; WYGANT, 2005; CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003). Em virtude disso, a população feminina tem sido foco dessas investigações, bem como questões relacionadas exclusivamente a esse público, como por exemplo, a maternidade. O nascimento de um bebê demanda adaptações por parte da família, principalmente da mãe, em níveis fisiológicos, psíquicos e sociais. A forma como a mulher reagirá diante dessas demandas da nova fase de sua vida poderá originar problemas emocionais maternos, como depressão ansiedade e estresse. Nesse sentido, a saúde emocional materna é de extrema importância, tanto para a mãe, como para o bebê. Nesse âmbito, entram em voga a ansiedade, o estresse e depressão pós-parto maternas. A literatura a seguir discorre sobre esses constructos no período puerperal e os impactos dos mesmos na interação entre mãe-bebê e, especificamente no comportamento materno.

Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), a depressão está classificada entre os Transtornos do Humor. Seu diagnóstico é caracterizado pela presença dos seguintes sintomas: humor deprimido; interesse ou prazer acentuadamente diminuído pelas

atividades; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sensação de inutilidade; culpa excessiva ou inadequada; indecisão ou capacidade diminuída para pensar e concentrar-se; pensamentos recorrentes sobre morte e, ideação suicida. O referido manual considera a depressão pós-parto como sendo uma patologia específica, descrevendo-a como um quadro de depressão maior que pode ser diagnosticada após dois, três, seis meses e até um ano do nascimento do bebê.

A análise do comportamento entende esse fenômeno como um conjunto complexo de comportamentos que estabelecem um padrão de interação com o ambiente (CAVALCANTE, 1997). De acordo com Tourinho (1997), é a partir de contingências sociais que os indivíduos vêm a reagir de determinada forma às suas condições corporais. A pessoa deprimida apresenta funções consequenciais em déficit, como por exemplo baixo reforço social em virtude de respostas sociais inadequadas, extinção e punição, reduzindo assim a frequência de emissão de comportamentos, que é mantida por reforços negativos (DOUGHER; HACKBERT, 2003). Independente da maternidade recente, a prevalência da depressão em mulheres é maior (3,2%) do que nos homens (1,9%) (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Não há, no momento, um fator específico que determine essa prevalência. Dessa forma, as mulheres e a depressão tem recebido atenção, principalmente no que concerne aos fatores exclusivamente femininos, como a maternidade (LARA; ACEVEDO; BERENZON, 2004).

Ruschi et al. (2007) indicaram que a literatura médica descreve as manifestações mais comuns de transtornos no pós-parto, sendo: o *baby blues* ou tristeza materna, caracterizada por uma reação normal ao puerpério imediato, tendo remissão espontânea; a depressão e a psicose pós-parto, consideradas mais graves, tem sintomas mais intensos e duradouros. A depressão pós-parto provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. A psicose puerperal provoca delírios e alucinações. O estudo de Konradt et al. (2011) investigou o impacto

do suporte social durante a gestação e a depressão pós-parto de mães do sistema de pré-natal na cidade de Pelotas (RS). O questionário relacionado ao suporte social foi aplicado no segundo ou terceiro trimestre de gestação, enquanto a EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), no período de 30 a 60 dias após o parto. O estudo observou que as mulheres que, durante a gestação, não se perceberam apoiadas pelo companheiro, família e amigos e apresentaram, no mínimo, duas vezes maior risco de desenvolver a depressão pós-parto. Outros autores também encontraram associação entre o suporte social e a ocorrência da depressão pós-parto (BECK, 2002; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; CARVALHO; MORAIS, 2014), assim como com a prematuridade e a gravidez não desejada (KUMAR; ROBSON, 1984), a dificuldade em amamentar (WARNER; APPLEBY; WHITTON; FARAGHER, 1996) e intercorrências no parto (BROWN et al., 1994). Romito et al. (1999) também associou a depressão da mãe e problemas de saúde da criança.

Santos, Silveira e Gualda (2009) identificaram que os sintomas da depressão pós-parto vêm acompanhados, em sua maioria, por históricos de: complicações físicas decorrentes do parto; problemas obstétricos; intervalo muito grande entre o nascimento e as primeiras interações da mãe com o bebê; complicações do pós-parto e, também, preocupações persistentes com a própria saúde e a do filho. O estudo de Schmidt et al. (2005) indicou que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial além de fatores psicopatológicos prévios.

A Análise do Comportamento estuda o desenvolvimento humano como resultante das interações com o ambiente e, a partir desse ponto de vista, a depressão pós-parto pode afetar negativamente a interação da mulher com seu ambiente, que agora inclui o bebê.

O estudo de Gomide et al. (2005) mostrou que pais depressivos demonstram menos carinho, se envolvem menos e se apresentam mais irritáveis, hostis e críticos na interação com seu filho. Em decorrência desses comportamentos, seus filhos, em geral, são mais autocríticos e têm dificuldades em regular suas emoções. Além disso, os autores destacam que a depressão

dos pais pode ser um antecedente para a prática parental negligente, o que pode provocar comportamentos antissociais nos filhos.

A depressão pós-parto e suas expressões comportamentais fazem com que as mães sejam menos contingentes às demandas de seu bebê, gerando um déficit de estimulação adequada. Além de causar um efeito negativo na interação entre mãe e bebê, mesmo quando ocorre em graus mais leves, pode comprometer o desenvolvimento da criança e diminuir o nível de atividade e sincronia da interação (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; SCHWENGER; PICCININI, 2003).

O impacto dos sintomas de depressão pós-parto no desenvolvimento neuropsicomotor de bebês foi avaliado por Lucci (2013) em três momentos durante o primeiro ano de vida. Os sintomas de depressão pós-parto foram avaliados pela EPDS e o desenvolvimento neuropsicomotor foi avaliado pelas Escalas Denver, Escala Gesel/Amatruda, *Modified Checklist for Autism in Toddlers* e Índices de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI's). Os resultados indicaram prevalência de sintomas de depressão pós-parto em 26,7% das mães, cuja escolaridade era mais baixa, tinham maior número de filhos e, geralmente, ausência de um companheiro. O estado depressivo materno afetou de forma negativa o desenvolvimento neuropsicomotor dos bebês aos oito e doze meses de vida. Servilha e Bussab (2015) verificaram a influência dos sintomas de depressão pós-parto e do contexto afetivo de criação no desenvolvimento da linguagem em crianças de 36 meses de idade. Em seu estudo, foram avaliadas 80 mães e suas crianças. Os sintomas de depressão pós-parto foram investigados por meio da EPDS aplicada entre a 9ª e 12ª semanas após o parto, os dados sócio-demográficos, por uma entrevista semiestruturada e, por fim, a avaliação da linguagem da criança foi avaliada pelo teste de linguagem infantil *ABFW*. Os autores perceberam que as crianças cujas mães não apresentaram sintomas de depressão no pós-parto utilizavam-se mais de vocalizações para se comunicar e transmitir informações, enquanto que o outro grupo utilizava mais gestos para tal

finalidade. A partir desse estudo, concluiu-se que a mãe com indicadores de depressão pós-parto, mesmo que capacitada para desenvolver os modelos linguísticos de seus filhos, pode impor limitações a essa área do desenvolvimento da criança.

Uma revisão de literatura foi realizada por Santos e Serralha (2015) em artigos nacionais sobre as repercussões da depressão pós-parto materna sobre o desenvolvimento emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê. Os autores concluíram que a depressão puerperal materna influenciou negativamente o modo como a mãe se organizava para cuidar de seu bebê, tornando a interação da díade inadequada.

Neves et al. (1999) descreve a ansiedade como uma reação necessária do organismo humano, tendo como finalidade protegê-lo de qualquer estímulo potencialmente prejudicial. As definições do conceito de ansiedade envolvem, geralmente, excitação biológica, redução na eficiência comportamental, respostas de esquiva e/ou fuga, sugerindo expectativa do acontecimento de um evento aversivo futuro e relatos verbais de estados internos desagradáveis (ZAMIGNANI e BANACO, 2005). Esses autores apontam que na presença de um evento ameaçador, o sujeito emite uma resposta a fim de eliminar, adiar ou amenizar esse evento. O tipo de evento ameaçador experimentado e o tipo de resposta de fuga ou esquiva diferenciarão o tipo de transtorno apresentado. A ansiedade pode tornar-se uma queixa quando torna o indivíduo incapacitado orgânica, psicológica, social e profissionalmente, influenciando o desempenho das atividades cotidianas, incluindo aquelas relacionadas ao papel materno.

Para análise dos níveis de sintomas de ansiedade é importante diferenciar a ansiedade-traço da ansiedade-estado (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). A primeira faz parte das diferenças individuais e é particularmente estável, se referindo à maneira de reagir do indivíduo frente a situações vistas como ameaçadoras. A segunda, a ansiedade-estado, é uma condição emocional transitória caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão. Segundo os autores, o estado emocional ansioso abarca tanto aspectos fisiológicos quanto psicológicos, como

sensações de medo e insegurança, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, constrição respiratória, entre outros.

Os fatores ansiogênicos podem interferir negativamente nos aspectos cognitivos do indivíduo, bem como, no processo de aprendizagem, atenção e concentração diminuídas (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; FERREIRA et al., 2009). Considerado um dos mais comuns transtornos mentais (KESSLER, 2005), a ansiedade ou o comportamento ansioso é eliciado por um estímulo condicionado, no entanto a resposta de ansiedade se antecipa ao estímulo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). O período perinatal, enquanto momento de grandes mudanças na vida da mulher, pode configurar-se como estímulo aversivo condicionado para a mãe, a qual antecipará sua resposta a esse estímulo. Fatores como baixa renda da mãe, pouca idade materna, maior número de filhos, prematuridade ou intercorrências com o bebê podem aumentar o risco do desenvolvimento de alta ansiedade em mães de bebês (FAISAL-CURY; MENEZES; 2006).

Grant, McMahon e Austin (2008) examinaram a ansiedade materna em 100 mulheres durante avaliação pré-natal, na Austrália. No terceiro trimestre da gestação responderam ao IDATE e o Mini-Plus International Neuropsychiatric Interview. No sétimo mês pós-parto foram avaliados os sintomas de ansiedade e depressão. Os autores constataram que, durante a gravidez, 21% das mulheres reuniram os critérios de diagnóstico para pelo menos um transtorno de ansiedade, enquanto que 7% para os critérios de depressão. Todos os casos de depressão pré-natal tiveram comorbidade com a ansiedade. Medidas pós-natal indicaram que 33% das mães apresentaram altos índices para a ansiedade-estado, 26% para a ansiedade-traço e 16% para depressão. Das mulheres que preencheram os critérios para o transtorno de ansiedade durante a gravidez, 47,6% delas continuaram a apresentar os critérios durante o período pós-natal. Os autores também observaram que a ansiedade pré-natal foi associada com risco significativamente maior de um diagnóstico de transtorno depressivo durante o período pós-

natal.

Outros estudos têm apontado que altos níveis de ansiedade materna, nas fases pré e pós-natal podem trazer implicações adversas na saúde e bem-estar da mãe, bem como prejuízos ao desenvolvimento fetal e problemas emocionais, cognitivos e comportamentais ao longo das etapas do ciclo da vida para os filhos (VAN DEN BERGH; MULDER; MENNES; GLOVER, 2005; CORREIA; LINHARES, 2007; BRAND; BRENNAN, 2009).

A relação entre a ansiedade materna, as características neonatais e indicadores de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo (com menos de 37 semanas) aos 12 meses de idade foram analisadas por Fraga et al. (2008). Os pesquisadores avaliaram 14 crianças com as Escalas Bayley-II e suas mães com o IDATE. Os autores observaram que o nível de ansiedade materna mais elevado se associou com melhor desempenho dos bebês em tarefas cognitivas e pior em tarefas de motricidade ampla e permanência do objeto.

A pesquisa desenvolvida por Beltrami, Moraes e Souza (2013) teve por objetivo analisar possíveis correlações entre os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil e o estado ansioso materno. Foram estudadas 182 díades mãe-bebê por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o protocolo IRDI's e a filmagem da interação mãe-bebê. Os resultados mostraram que o estado emocional materno ansioso pode influenciar negativamente o desenvolvimento dos bebês em relação à saúde mental. No entanto, ressaltou-se que o risco para o desenvolvimento do bebê é multifatorial, não podendo estabelecer uma relação de causa-efeito entre a ansiedade materna e o desenvolvimento infantil.

Outro fator que pode estar ligado à possíveis prejuízos no desenvolvimento infantil é o estresse materno. O estresse é considerado um processo complexo do organismo, envolvendo aspectos bioquímicos, físicos, psicológicos e comportamentais, sob o controle de possíveis variáveis contextuais. Se caracteriza por um conjunto de reações emitidas pelo organismo

quando é exposto a situações/estímulos, sejam estes positivos ou negativos, que levam a uma quebra da homeostase, a fim de reequilibrá-lo. Cabe destacar a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos externos e internos, enquanto eventos estressores, para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo, a fim de preservar sua integridade e sua própria vida (LIPP, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

O estresse pode se originar de fontes externas e internas. As fontes externas são representadas pelo que acontece na vida do indivíduo ou pelas pessoas com as quais se relaciona. As internas se referem a como o indivíduo pensa, crenças e valores com os quais interpreta o mundo ao seu redor, o padrão comportamental, a capacidade de enfrentamento, os sentimentos, as cognições e as habilidades sociais da pessoa (MARGIS; PICON; COSNER; SILVEIRA, 2003; LIPP, 2004; GOMIDE; SALVO; PINHEIRO; SABBAG, 2005).

Selye (1956) constatou que o evento estressor aumenta as possibilidades de respostas de defesa e adaptação. O estresse foi dividido em três estágios: alarme, resistência e exaustão. A fase de alerta é uma reação saudável ao evento estressor e ocorre o retorno ao equilíbrio após a situação estressante. Se há a persistência da fase de alerta, o organismo entra na fase de resistência, na qual o organismo utiliza sua reserva comportamental, baseada em uma história de interação bem-sucedida frente a esses estímulos nocivos, facilitando seu reequilíbrio. Quando o evento estressor é de longa duração ou de grande intensidade, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno de um modo reparador, passando ao estágio de “resistência”. Nesta fase o organismo, automaticamente, utiliza reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de estresse. Todavia, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008) A fase de exaustão ocorre quando não há esse reequilíbrio e o organismo padece em decorrência do excesso de atividades

e alto consumo de energia. Seus sintomas são parecidos aos da fase de alarme, porém em muito maior intensidade, podendo haver exaustão psicológica em forma de depressão, ansiedade aguda, inabilidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, como também em nível físico, com alterações orgânicas, hipertensão arterial, úlcera gástrica, psoríase, vitiligo e diabetes (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Lipp (2000) descreveu uma fase intermediária aos estágios de resistência e exaustão, a de quase-exaustão, na qual o organismo sofre um enfraquecimento de menor intensidade que na fase de exaustão.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo demonstrou um índice de 21% de estresse entre os homens e 41% entre as mulheres, indicando maior vulnerabilidade para o sexo feminino (LIPP, 2004) e, independente da faixa etária e grau de escolaridade (ARAVENA; FIERRO, 2002; CALAIS; ANDRADE, 2003). É importante considerar, juntamente com esse dado, que os homens têm maior resistência em aceitar e pedir ajuda em caso de sofrimento por alguma alteração emocional, o que pode influenciar a investigação da prevalência de indicadores emocionais como o estresse na população masculina.

A pesquisa de Qobad et al. (2016) permitiu a investigação da comorbidade entre o estresse e a depressão pós-parto em mais de três mil novas mães na cidade do Mississippi. Os autores observaram a prevalência de DPP em mulheres que relataram algum tipo de evento estressor, no âmbito conjugal, financeiro ou emocional, maior do que as que não relataram esse tipo de evento. Um estudo realizado por Rodrigues e Schiavo (2011) teve por objetivo comparar fases do estresse durante a gestação e no período pós-parto e investigar a associação com a depressão pós-parto. As autoras identificaram sintomas de estresse em 78% das mães na gestação e em 63% das mães no puerpério, além da associação dos sintomas de estresse com sintomas de depressão pós-parto em ambos os períodos.

Com relação ao estresse parental, Ribas, Ribas Júnior e Valente (2006) pretenderam identificar o estresse parental (estresse de sobrecarga de tempo) e sintomas de depressão em 51 pares de pais e mães de crianças com menos de cinco anos de idade e associar a prevalência desses sintomas com os diferentes esquemas parentais identificados. Foi encontrado que 55% dos pais entrevistados apresentavam níveis elevados de estresse e 23% sintomas de depressão. Segundo os resultados obtidos por eles, pais que se sentem mais estressados tendem a avaliar de forma negativa a maneira como estão vivenciando o papel parental.

Considerando as situações estressantes que envolvem a maternidade, as mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Estes sinais por sua vez, podem afetar a interação com seus filhos, tornando estas mães menos responsivas, com tendências a estabelecer comportamentos de intrusividade, hostilidade ou de retraimento com suas crianças, gerando um ambiente menos estimulador e restrito ao desenvolvimento infantil (WEBSTER-STRATTON, 1988; PIRES, 1990; FRIZZO; PICCININI, 2005).

O estudo de Seah e Morawska (2016) investigou fatores preditivos do estresse de pais de bebês com seis meses de idade. Participaram da pesquisa 54 pais e 71 mães, da Austrália, que responderam questões sobre sintomas de depressão pós-parto, estresse, eficácia, responsividade e suporte social. Na avaliação do estresse foi utilizado o Inventário de Estresse Parental-Forma Curta (PSI-SF) e os sintomas de Depressão Pós-parto foram avaliados pela EPDS. Também foram utilizados o Instrumento de Responsividade Materna (MIRI), a Escala de Suporte Familiar e a Escala de Suporte Social. Observou-se que responsividade e a eficácia tem correlação negativa para o estresse paterno, enquanto para o estresse materno, a baixa responsividade e a falta de afeto se correlacionaram positivamente com esse indicador emocional.

A revisão sobre saúde emocional materna e os impactos dela sobre o desenvolvimento do bebê exposta no presente trabalho destaca a importância de entender quais são os prejuízos ou vantagens causadas pelas alterações emocionais na mãe. Os sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos geram mudanças comportamentais no repertório da mãe para com seu ambiente, envolvendo o bebê. É importante investigar esses comportamentos e as respostas dos bebês a eles, o que nos leva à interação mãe-bebê.

De acordo com Seidl-de-Moura et al. (2004), nos meses iniciais após o nascimento, as interações mãe-bebê ocorrem de maneira tênue. O bebê vai aprendendo a reagir às trocas, a reconhecer a face da mãe e, por fim, orientar sua atenção para o rosto desta. Os estudos sobre as práticas parentais adotadas por mães são fundamentais para o conhecimento dos desdobramentos da relação estabelecida entre as díades e a repercussão da mesma sobre o desenvolvimento infantil. Fraga et al. (2008) afirmaram que as mães ansiosas podem interagir com seus filhos de forma mais intrusiva, o que desvia a atenção da criança da atividade, dificultando o exercício e desenvolvimento da linguagem.

Rodrigues e Nogueira (2016) compararam as práticas educativas parentais de mães com e sem indicadores emocionais, que poderiam ser depressão, ansiedade ou estresse. Identificaram diferenças significativas no comportamento de punição inconsistente de mães sem indicadores e de mães com dois ou mais indicadores, que a utilizavam com mais frequência. Segundo Gomide (2004), a interação mãe-bebê estabelecida adequadamente configura um alicerce para a constituição de futuras relações da criança com seu meio, bem como para o desenvolvimento de repertórios comportamentais adequados.

Schwengber e Piccinini (2003) realizaram uma revisão de literatura a respeito do impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê e observaram que esse indicador clínico pode causar prejuízo sobre a responsividade materna. Entende-se por interação

responsiva o comportamento materno apropriado e contingente, imediato ao comportamento infantil.

Alvarenga e Palma (2013) compararam a interação mãe-bebê aos dezoito meses de vida, com grupos de mães com indicadores de depressão e sem esses indicadores. Os sintomas de depressão foram avaliados pelo Inventário Beck de Depressão (BDI) e a interação, por uma filmagem de 12 minutos, utilizando alguns brinquedos fornecidos pelo pesquisador. A codificação da filmagem foi elaborada a partir de cinco categorias maternas (envolvimento positivo, apatia, intrusividade, crítica e comando) e sete categorias infantis (exploração de brinquedos, envolvimento positivo, proximidade com a mãe, obediência, negativismo, resistência ao contato da mãe e desobediência). Esses pesquisadores encontraram que mães deprimidas tendem a interagir de forma mais intrusiva com seus filhos. A intrusividade pode ser definida como envolvimento ou estimulação excessivas, que restringem a autonomia da criança, impedindo-a de vivenciar novas experiências e desafios. Os autores apontam para a hipótese de que a intrusividade da interação de mães com indicadores de depressão possa desenvolver na criança maior resistência ao contato com elas, dado constatado no estudo.

O estudo de Agostini et al. (2014) avaliaram a interação de 69 díades mães-bebês, utilizando a Escala Global de Avaliação e EPDS. Os dados foram coletados no terceiro mês de vida do bebê. Os resultados apontaram que as mães com sintomas de depressão pós-parto mostraram-se mais relapsas e apresentaram menos energia, expressões faciais tristes e retraimento na interação com seus bebês o que os autores chamam de sinais de depressão. Felipe (2009) investigou o impacto dos sintomas da depressão pós-parto na interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil. Foi aplicada a EPDS para o rastreio dos sintomas depressivos e filmada a interação livre entre mãe-bebê durante três minutos. Apesar das díades de mães com e sem sintomas de DPP não apresentarem diferenças significativas na frequência de comportamentos, os sintomas de DPP influenciaram os arranjos interativos diádicos, a medida

que as mães sem sintomas de DPP apresentaram, com mais frequência, padrões de verbalizações, sorrisos e olhares dirigidos ao bebê.

Com o objetivo de identificar características da interação de 40 mães de bebês com idade até 12 meses com sintomas de depressão crônica e ansiedade, Dib (2016) comparou os arranjos diádicos com o de 40 mães sem esses sintomas, com resultados obtidos com o IDATE e BDI. A autora observou que mães com sintomas de depressão crônica se mostraram menos sensíveis, mais desengajadas e demonstraram menos afeto positivo que as mães do grupo controle. Também percebeu que as mães com sintomas de depressão interagiram significativamente menos do que mães do grupo controle e do grupo com sintomas ansiosos. O estudo de Nicol-Harper (2006) teve por objetivo avaliar o impacto da ansiedade materna na interação com bebês de 10 a 14 meses de idade em Oxford, Estados Unidos. Participaram da pesquisa 32 mães com alto índice de ansiedade e 32 mães sem índice de ansiedade. Os resultados apontaram que mães ansiosas são menos responsivas e se expressam com um tom menos emocional, comparadas às mães controle.

A avaliação do estresse e da ansiedade materna, assim como a qualidade da interação mãe-bebê em díades com bebês com sequência de Pierre Robin, com idade de zero a três meses foi feita por Nardi et al. (2015). Para a análise da interação mãe-bebê foi utilizado o Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê (POIMB-0-6). Os resultados apontaram que, quanto maior o índice de estresse e ansiedade materna, menor a sintonia de interação mãe-bebê.

Muller-Nix et al. (2004) exploraram o estresse materno e a qualidade da interação mãe-bebê com idade de seis e dezoito meses na Suíça. Para avaliar o estresse, os autores utilizaram o Questionário de Estresse Pós-traumático Perinatal. A avaliação da interação foi abarcada pelo Care Index, que propõe categorias de sensibilidade, controle e responsividade para os comportamentos interativos da mãe, enquanto os comportamentos do bebê são classificados em cooperação, compulsividade, passividade e atividade. A amostra de 72 díades de mães de bebês

nascidos pré termo mostrou que as mães com altos índices sintomáticos de estresse são menos sensíveis e mais controladoras do que mães sem estresse.

A interação mãe-bebê conta com uma gama de ferramentas para sua avaliação (LOTZIN et al., 2015). Os autores destacam que, no momento da escolha do instrumento, os pesquisadores e clínicos levem em consideração as características particulares de cada uma dessas ferramentas, a fim de que estejam de acordo com os itens de avaliação da interação mãe-bebê a serem verificados. Com base nisso, muitos estudos vêm analisando a interação mãe-bebê por meio do procedimento *Face-to-Face Still Face* (FFSF) (TRONICK, 1978). Mesman et al. (2009) listaram 80 estudos embasados no FFSF. Esse procedimento consiste na observação de três momentos de interação entre a mãe e a criança. No primeiro episódio, chamado linha de base, a mãe interage livremente com a criança, no segundo episódio, chamado *still face*, a mãe para de responder os comportamentos da criança e mantém expressão facial inexpressiva, no terceiro e último episódio, chamado reunião, a mãe retoma a interação livre com a criança. O FFSF permite observar mudanças no comportamento da criança decorrentes da ausência da mãe. Essas alterações comportamentais são chamadas efeito *still face*, no qual os comportamentos interativos positivos da criança diminuem e os negativos e de regulação aumentam durante o segundo episódio, ao passo que, no terceiro episódio, as respostas positivas são retomadas (TRONICK, 1978; TODA; FOGEL, 1993; KISILEVSKY et al., 1998; ADAMSON; FRICK, 2003; GUSELLA; MUIR; MESMAN et al., 2009). Segundo Mesman et al. (2009), o efeito *still face* ocorre independente da variação da amostra de crianças ou do procedimento. Seguem alguns estudos que utilizaram o procedimento FFSF para a avaliação da interação mãe-bebê.

O estudo de Faria e Fuertes (2007) investigou a relação entre a reatividade infantil e a qualidade dos comportamentos interativos maternos e do bebê, observados através do FFSF. Os comportamentos maternos não apresentaram relação significativa com os comportamentos

infantis. O estudo de Grant et al. (2010) investigou o impacto da ansiedade pré-natal materna e a sensibilidade materna sobre o desenvolvimento cognitivo e psicomotor em bebês com sete meses de idade da Austrália. Para o rastreamento da ansiedade materna foi utilizado Mini-Plus International Neuropsychiatric Interview e a sensibilidade materna foi filmada de acordo com o protocolo *Face-to-face Still Face*. Os resultados obtidos mostraram que as mães ansiosas foram mais sensíveis aos seus bebês durante o episódio um, do que as mães controles.

Kaitz et al. (2010) avaliaram a associação entre a ansiedade materna, características da interação mãe-bebê e a regulação emocional da criança durante situação de estresse, em Israel. A amostra contou com 34 díades em que a mãe foi diagnosticada com sintomas clínicos de ansiedade e 54 mães sem os sintomas ansiosos. Os sintomas ansiosos das mães foram diagnosticados por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Questionário de Ansiedade (ASQ-15). A observação da interação mãe-bebê ocorreu por meio de filmagens baseadas no paradigma *Face to Face Still Face*. Os resultados indicaram que, comparadas ao grupo controle, mais mães ansiosas mostraram comportamentos exagerados com seus bebês no momento da interação.

Richter e Reck (2013) se propuseram a investigar como fatores de risco psicossociais influenciam a habilidade de regulação de bebês com idade de três e quatro meses, na Alemanha. A amostra foi composta por 57 mães e bebês, os sintomas de ansiedade foram identificados pelo IDATE e a interação foi filmada através do paradigma *Face to face Still Face*. Não foram encontradas diferenças entre os comportamentos interativos das mães com sintomas de ansiedade e sem esses sintomas.

Reeb-Sutherland e Vieites (2017) se propuseram a investigar os efeitos longitudinais dos níveis de depressão não clínica de mães de bebês durante o procedimento de *Face-to-Face Still Face*. Uma amostra de 63 díades mãe-bebê com idade de cinco e nove meses de Miami foi

investigada. Os resultados obtidos apontaram que com relação aos comportamentos maternos, as mães emitiram mais comportamentos positivos durante o primeiro episódio.

Os estudos sobre o impacto da saúde emocional e sua influência na interação mãe-bebê e, conseqüentemente, no seu desenvolvimento diferem em seus resultados. Uma das causas pode ser os instrumentos utilizados para avaliar o estado emocional materno e a interação mãe-bebê, cujas metodologias vão de observação à questionários e entrevistas. Nota-se que a saúde emocional materna pode configurar um fator de risco para a interação da díade, o que pode tornar a mãe menos responsiva. Estudos que investigam essa relação e como ela influencia os comportamentos maternos são de extrema importância, já que por meio da revisão de literatura tecida notou-se que existem poucos estudos com amostras brasileiras que conjugam depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos sobre a interação mãe-bebê averiguada por meio de instrumentos de observação como o FFSF.

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

Descrever o índice de depressão pós-parto, ansiedade e estresse de mães de bebês com três a cinco meses de idade;

Comparar os comportamentos interativos maternos dos Grupos 1, composto por mães sem indicadores emocionais em nível clínico e 2, composto por mães com indicadores emocionais em nível clínico a cada episódio;

Comparar comportamentos interativos maternos entre os episódios 1 e 3, considerando cada grupo (G1 e G2).

3. MÉTODO

A pesquisa em questão constitui um estudo descritivo observacional. Foram tomadas todas medidas devidas em pesquisa com humanos. A pesquisa em questão foi parte do projeto “Variáveis Maternas e do Bebê: Correlação entre Interação e Desenvolvimento Infantil” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o processo de nº 11187/46/01/12 (Anexo 3).

3.1.Participantes

Participaram da pesquisa uma amostra de 47 mães de bebês com idade de três a cinco meses. Das participantes, 40 mães e seus bebês participavam do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que ocorre no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UNESP Bauru. Esse serviço tem por objetivo avaliar o desenvolvimento dos bebês mensalmente, durante todo o primeiro ano de vida, identificando possíveis déficits no desenvolvimento da criança. Com base nessa avaliação, os pais são orientados sobre o desenvolvimento de seu bebê. Além disso, o projeto também dedica esforços à saúde materna, considerando sua realidade social, familiar e cultural.

Sete das participantes eram mães e bebês que frequentavam o Programa de Estimulação Essencial, da SORRI-BAURU. O serviço citado atende crianças com idade de zero a cinco anos, porém participaram da pesquisa apenas mães e bebês com idade de três a cinco meses que estavam sendo atendidos no programa.

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos dos bebês. Com relação à idade dos bebês, mais da metade (53,2%) tinham quatro meses, 12,7% estavam com três meses e 34,1% com cinco meses, sendo que a idade média das crianças foi de 4,21 meses (DP=0,65). A maioria dos bebês não apresentaram qualquer tipo de condição de risco (78,7%), no entanto, 17,1 % dos bebês da amostra eram prematuros e 4,2% tinham mães adolescentes.

Tabela 1. Características dos bebês que participaram da pesquisa.

	n=47	%
Idade do bebê		
3 meses	06	12,7
4 meses	25	53,2
5 meses	16	34,1
Sexo		
Feminino	22	46,8
Masculino	25	53,2
Condição de risco		
Sem condição de risco	37	78,7
Prematuridade	8	17,1
Mãe adolescente	2	4,2

Sobre as variáveis maternas e da família, a idade média das mães foi de 28,9, variando entre 17 e 39 anos. A maioria das mães (61,7%) apresentou ensino médio completo, 34% apresentou ensino superior completo e apenas 4,3% tinha o fundamental completo. 85% das mães e seus bebês residiam com o pai do bebê e outros filhos, 6,4% com a família de origem dela e 8,5% tinham família estendida. Observa-se, também, que mais de 19% das mães apresentaram algum tipo de complicação durante a gestação, como diabetes gestacional, hipertensão e ameaça de aborto, descritos na tabela como saúde ruim. Por fim, a maioria (72,34%) das mães passaram pelo processo cirúrgico da cesariana e 27,66 % pelo parto natural (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis maternas e da família.

	n=47	%
Idade da mãe		
Até 25 anos	13	27,6
26 a 32 anos	21	44,8
33 anos ou mais	13	27,6
Escolaridade da mãe		
Ensino Fundamental Completo	2	4,3
Ensino Médio Completo	29	61,7
Ensino Superior Completo	16	34,0
Tipo de família		
Nuclear	40	85,1
Mãe e bebê com família de origem dela	3	6,4
Estendida	4	8,5
Saúde da mãe durante a gestação		
Boa	38	80,85
Ruim	09	19,15
Via de Nascimento		
Natural	13	27,66
Cesárea	34	72,34

3.2. Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, aplicada na ocasião do primeiro atendimento do projeto “Acompanhamento de desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”. No caso das mães e bebês do Programa de Estimulação Essencial da SORRI, a entrevista sociodemográfica foi aplicada no mesmo dia agendado para a realização da filmagem e aplicação dos instrumentos.

Para a avaliação dos sintomas de depressão pós-parto foi utilizada a “Escala de Edinburgh” (Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh – EPDS) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987, validada para a população brasileira por SANTOS, 1995). É um instrumento de auto registro, composto por dez questões relativas aos sintomas comuns de depressão. As respostas são organizadas numa escala tipo Likert, nas quais a mãe assinalou a frequência que melhor descrevia o modo como tinha se sentido na última semana. Para avaliar os sintomas da ansiedade materna foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que compreende as variáveis traço e estado de ansiedade. A primeira faz parte das diferenças individuais e é particularmente estável, se referindo à maneira de reagir do indivíduo

frente a situações vistas como ameaçadoras. A segunda, a ansiedade-estado, é uma condição emocional transitória caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Esse instrumento foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois constructos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

Para avaliar sintomas de estresse nas mães foi utilizado o Índice de Stress Parental-Forma Curta (PSI-4-SF), constituído por 36 questões cujas respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4) e discordo completamente (5). Elas são divididas em três domínios, sendo o primeiro deles denominado “Angústia dos pais” (PD), que determina o nível de angústia que a mãe experiência em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados à parentalidade. O outro domínio compreende a “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (P-CDI), o qual foca a percepção materna de que a criança não atinge as expectativas de sua mãe e no fato das interações com a criança não reforçarem o seu papel como mãe. O terceiro domínio, denominado “Criança difícil” incide sobre algumas das características comportamentais básicas das crianças que são tomadas como fáceis ou difíceis de administrá-las. O estresse total corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo, sendo que sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios acima citados (ABIDIN, 2012).

A interação da díade foi filmada de acordo com o procedimento experimental *Face-to-Face Still* (FFSF) (TRONICK et al., 1978). A frequência dos comportamentos maternos foi cotada de acordo com uma análise apresentada por Varão (2012) que descreveu os comportamentos previstos na escala de Tronick et al. (1978) - MRSS (*Maternal Regulatory*

Scoring System). Para a cotação, Varão (2012) apresentou duas categorias para os comportamentos maternos: 1) Orientação social positiva (aproximar-se do rosto do bebê, aproximar-se do rosto do bebê, mas sem tocá-lo, interagir diretamente com o bebê, vocalizar diretamente para o bebê, atribuir palavras positivas ao bebê, descrever o comportamento do bebê de forma positiva, cantar, fazer cócegas e beijar) e, 2) Orientação social negativa (afastar-se do bebê, evitar o jogo, evitar o bebê, atribuir palavras negativas ao bebê, descrever o comportamento do bebê de forma negativa, emitir afirmações de rejeição e sugar o bebê). Foram realizadas adaptações nesta proposta, como a definição de cada comportamento avaliado pelas categorias e inserção de novos comportamentos maternos (estar próximo ao rosto do bebê menos de 30 cm, restringir o bebê fisicamente, brincar com a criança e responder prontamente as iniciativas de jogo interativo com o bebê), observados e definidos no Quadro 1. As adaptações foram necessárias, uma vez que durante a análise dos dados dessa amostra observou-se que alguns comportamentos maternos eram relevantes e frequentes nas interações e não eram cotados.

Quadro 1. Definições operacionais das categorias e comportamentos interativos maternos.

Orientação Social Positiva	<p>Aproximar-se do rosto do bebê: mãe com rosto próximo ao do bebê pelo menos à 30cm mantendo contato visual.</p> <p>Apresentar contato corporal com o bebê: mãe toca partes do corpo do bebê.</p> <p>Vocalizar diretamente para o bebê: faz sons mesmo que sem sentido, faz descrições do ambiente, conversa com o bebê, faz solicitações ao bebê.</p> <p>Cantar para o bebê.</p> <p>Emitir atribuições positivas ao bebê: faz comentários carinhosos qualificando o bebê.</p> <p>Descrever positivamente os estados do bebê: mãe descreve estados positivos do bebê.</p> <p>Fazer cócegas no bebê: utilizando mãos ou boca.</p> <p>Beijar o bebê.</p> <p>Brincar com a criança: envolve-se em brincadeiras típicas (brincadeira de serra-serra, esconde-achou).</p> <p>Responder prontamente à iniciativa de jogo interativo com o bebê.</p>
Orientação Social Negativa	<p>Afastar-se do bebê: se a mãe fica mais de 50 cm distante do bebê.</p> <p>Evitar o jogo: não responde a comportamentos iniciados pelo bebê.</p> <p>Evitar o bebe: olhar para outros pontos da sala, conversar com o pesquisador.</p> <p>Emitir atribuições negativas ao bebê: descreve ou faz comentários carinhosos, mas desqualificando o bebê.</p> <p>Descrever negativamente os estados do bebê: mãe descreve estados negativos do bebê.</p> <p>Apresentar afirmações de rejeição: verbalizações de ameaças ou que descrevem que a mãe não gostou de algo que o bebê fez.</p> <p>Sugar o bebê: mãe usa a boca para fazer cócegas de forma excessiva.</p> <p>Estar muito próximo ao rosto do bebê: mãe com rosto próximo ao do bebê menos de 30cm.</p> <p>Restringir fisicamente o bebe: mãe segura mãos, braços e pés do bebê impedindo movimentos voluntários do mesmo.</p>

3.3.Procedimento de Coleta de Dados

Os bebês foram identificados pelos prontuários de atendimento de cada um dos serviços (CPA e SORRI-BAURU) de acordo com sua idade (três, quatro ou cinco meses). Em ocasião do atendimento do bebê, as mães eram convidadas a participar da pesquisa, logo depois de explicitados os objetivos do estudo, o procedimento e sigilo dos dados coletados. Considerando o aceite da mãe do projeto “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, a coleta era agendada de acordo o atendimento para a avaliação do desenvolvimento do bebê. No Programa de Estimulação Precoce, da SORRI-Bauru, o horário para a coleta de dados era definido considerando os intervalos entre as consultas de outros profissionais. Nos dois contextos as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), conforme previsto nas condições éticas de realização da pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP (Processo

11187/46/01/12). Posteriormente, a entrevista semiestruturada era aplicada pela pesquisadora e as mães respondiam aos instrumentos (EPDS, IDATE e PSI). Em seguida, as mães foram orientadas quanto ao procedimento de filmagem da interação baseada no paradigma experimental *Face-to-Face Still-Face* (FFSF) (TRONICK et al., 1978) e a interação com o bebê foi filmada. O bebê permanecia sentado na cadeira de alimentação, posicionado em frente a outra cadeira, na qual a mãe sentava-se, possibilitando a interação face a face da díade. Uma das câmeras ficava direcionada para a mãe e outra para o bebê. A pesquisadora ficava em um canto da sala, onde não era possível ser vista pela díade. A filmagem tinha duração de até nove minutos, divididos em três episódios de até três minutos cada. No primeiro episódio, as mães eram orientadas a interagirem com seus respectivos bebês da maneira como fazem cotidianamente. No segundo episódio, as mães eram previamente orientadas a não interagirem com os bebês, a partir de um sinal da pesquisadora. Apenas mantinham o olhar direcionado às crianças e a face inexpressiva. Ao final do segundo episódio, a mãe voltava a interagir normalmente com o bebê. Os episódios poderiam durar até três minutos ou, caso o bebê emitisse respostas que sinalizavam desconforto (choro de até quinze segundos), o episódio era encerrado antecipadamente. O tempo entre um episódio e outro foi controlado pela pesquisadora e convencionou-se um estímulo sonoro (toque na mesa) para sinalizar a mudança de episódio. Para o registro de vídeos simultâneos foram utilizadas duas filmadoras digitais, dois tripés e uma cadeira infantil de alimentação, a qual foi adaptada (retirada da mesa de alimentação) para que a mãe tivesse acesso ao seu bebê sem qualquer obstáculo. Depois da aplicação, os vídeos foram sincronizados com a utilização do software Sony Vegas Pro 13.2.

3.4.Procedimento de Análise dos Dados

Os valores atribuídos pelas participantes para cada item da EPDS foram somados. De acordo com o critério utilizado por Santos (1995), mães que somam a partir de 12 pontos

apresentam indicativos de sintomas depressivos de intensidade variável. Tanto para os indicadores de Ansiedade- Traço quanto para os de Ansiedade- Estado, avaliados pelo IDATE, foi utilizado o critério de corte igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir indicadores de ansiedade clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira, amparados pelos estudos de pesquisadores que utilizaram este mesmo critério para definir ansiedade clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008). No PSI as respostas foram corrigidas de forma inversa, ou seja, se a mãe atribuiu “concordo completamente” para determinada questão, soma-se cinco pontos e assim por diante. A pontuação pode ser convertida em percentil. Os percentis entre zero e 15% significam ausência de indicadores de estresse, entre 16 e 84% significam indicadores de estresse normal, entre 85 e 90% indicadores de estresse alto e acima de 90% indicadores de estresse clinicamente significativo (ABIDIN, 2012). A amostra foi dividida em dois grupos, sendo o grupo um composto por mães que não apresentaram indicadores de depressão pós-parto, ansiedade e estresse, enquanto o grupo dois, composto por mães que apresentaram indicadores de depressão pós-parto e/ou ansiedade e/ou estresse.

Para o presente estudo, utilizou-se uma divisão de intervalos de cinco segundos, para o registro da frequência dos comportamentos interativos previstos nas três categorias, durante os três episódios, totalizando 108 intervalos, 36 por episódio. Ao final da cotação de cada episódio, caso houvesse diferença na quantidade de intervalos (algumas ocorrências poderiam tornar os episódios mais curtos, como o choro do bebê), as frequências seriam ponderadas em razão do número de intervalos analisados (número de comportamentos observados, divididos pelo número de intervalos registrados e multiplicado pelo número de intervalos esperados – 36 por episódio). Em todos os bebês avaliados foram observados o mesmo número de intervalos.

Com relação à interação mãe-bebê, cada vídeo foi assistido três vezes pela mesma observadora. Assistia-se primeiro o vídeo inteiro. Em seguida, a observadora ficava sob

controle dos comportamentos infantis nos três episódios, depois mudava o controle para os comportamentos maternos.

A concordância dos dados entre observadores independentes foi realizada a partir da análise de correlação intraclasse entre as observações de 12 dos vídeos, realizadas pela pesquisadora e um observador independente, treinado para cotar os dados. A Tabela 3 apresenta os valores do coeficiente de correlação intraclasse de cada categoria para os comportamentos maternos, considerando a frequência total e cada episódio. Observa-se que todas ficaram acima de 80%, significando um bom índice de concordância.

Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação intraclasse para as categorias de comportamentos interativos maternos, entre observadores independentes.

Comportamentos interativos maternos	Coefficiente de correlação intraclasse
Orientação Social Positiva 1º episódio	0,85
Orientação Social Positiva 3º episódio	0,97
Orientação Social Positiva Total	0,93
Orientação Social Negativa 1º episódio	0,94
Orientação Social Negativa 3º episódio	0,80
Orientação Social Negativa Total	0,90

Os dados obtidos no estudo foram submetidos a análises estatísticas do teste de Shapiro Wilk, que mostrou que a amostra do estudo era normal ($p > 0,05$), indicando o Teste *t* de *Student* para a comparação das frequências médias. Os testes foram realizados por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.

4. RESULTADOS

As 47 mães que compõem a amostra deste estudo responderam ao EPDS, IDATE e PSI, instrumentos que avaliam respectivamente, ansiedade (traço e estado), depressão e estresse familiar. A Tabela 4 expõe os resultados dos indicadores emocionais para esta amostra. Para

depressão pós-parto, foram encontradas oito mães (17%) com indicadores clínicos. Também foram encontrados indicadores clínicos para ansiedade estado para oito delas (17%) e para 13 (27,66%), para ansiedade traço. Com relação ao estresse, nenhuma mãe apresentou indicadores clínicos para estresse total e para o domínio disfuncionalidade parental. Delas, quatro (8,5%) apresentaram indicadores de estresse para o domínio angústia dos pais e uma (2,12%) para o domínio criança difícil. Houve comorbidade entre os indicadores de depressão pós-parto, ansiedade e estresse em duas mães da amostra e entre os sintomas de depressão pós-parto e ansiedade em sete mães da amostra.

Tabela 4. Indicadores Emocionais da amostra de mães.

Indicadores Emocionais Maternos	Clínicos		Não-clínicos	
	N	%	n	%
Depressão Pós-Parto	8	17,02	39	82,98
Ansiedade Estado	8	17,02	39	82,98
Ansiedade Traço	13	27,66	34	72,34
Estresse total (TS)	0	0	47	100
Angustia dos pais (PD)	4	8,51	43	91,49
Disfuncionalidade parental (PCDI)	0	0	47	100
Criança difícil (DC)	1	2,12	46	97,88

Para esse estudo a amostra de mães foi separada em dois grupos, um de mães sem indicadores emocionais clínicos, o G1 (n=29) e, mães com indicadores emocionais clínicos G2 (n=18), considerando a presença de depressão pós-parto, ansiedade e estresse.

A Tabela 5 expõe os resultados da comparação das médias entre o grupo de mães com indicadores emocionais clínicos e não clínicos no episódio um. Em Orientação Social Positiva, a diferença entre G1 e G2 foi significativa para o comportamento *Cantar para o bebê* ($p=0,017$), apontando para maior emissão dessa resposta pelas mães de G1 (média=3,73), em detrimento de G2 (média=0,77). Os outros comportamentos da classe apresentaram médias de emissão similares nos dois grupos.

Em Orientação Social Negativa as médias nos dois grupos também se mostraram similares. No entanto, para o comportamento de *Estar muito próximo ao rosto do bebê* a comparação foi significativa ($p=0,033$), com maior ocorrência desse comportamento em G1 (média=3,58) do que em G2 (média=0,16).

Tabela 5. Análise comparativa a partir da Média e desvio padrão dos comportamentos maternos de G1 e G2 no episódio um.

Comportamentos interativos maternos do episódio 1	G1		G2		P*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Orientação Social Positiva					
Aproximar-se do rosto de bebê	21,19	14,08	26,61	13,69	0,210
Apresentar contato corporal com o bebê	28,03	8,46	23,83	10,12	0,152
Verbalizar diretamente para o bebê	32,53	5,19	32,66	3,67	0,918
Cantar para o bebê	3,73	6,00	0,77	1,59	0,017
Emitir atribuições positivas ao bebê	2,52	4,70	2,94	3,73	0,739
Descrever positivamente os estados do bebê	1,35	2,16	0,83	1,54	0,342
Fazer cócegas no bebê	1,65	2,42	2,27	2,96	0,461
Beijar o bebê	0,58	1,50	1,94	3,63	0,147
Brincar com o bebê	3,97	3,74	3,22	3,60	0,499
Responder prontamente à iniciativa de jogo interativo com o bebê	1,35	3,02	2,27	4,84	0,477
Total orientação social positiva	96,81	19,32	97,38	18,23	0,919
Orientação Social Negativa					
Afastar-se do bebê	3,56	6,94	2,00	5,05	0,376
Evitar o jogo	0	0	0,05	0,23	0,331
Evitar o bebe	0,67	1,32	0,33	0,68	0,249
Emitir atribuições negativas ao bebê	0,91	2,33	0,55	1,91	0,566
Descrever negativamente os estados do bebê	0,86	1,31	0,72	2,13	0,794
Apresentar afirmações de rejeição	1,19	1,99	1,61	2,40	0,546
Sugar o bebê	0,34	1,85	0	0	0,326
Estar muito próximo ao rosto do bebê	3,58	8,17	0,16	0,51	0,033
Restringir fisicamente o bebe	5,87	8,23	6,55	10,90	0,818
Total orientação social negativa	17,04	16,11	12	11,11	0,212

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

A Tabela 6 expõe os resultados das comparações das médias de emissão de comportamentos interativos entre G1 e G2 no episódio três. Na classe de comportamentos de Orientação Social Positiva não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. Em Orientação Social Negativa observou-se diferença significativa entre G1 e G2 na emissão do comportamento de *Estar próximo ao rosto do bebê* ($p=0,041$), com média maior para o G1.

Tabela 6. Análise comparativa a partir da Média e desvio padrão dos comportamentos maternos de G1 e G2 no episódio três.

Comportamentos interativos maternos do episódio 3	G1		G2		P*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Orientação Social Positiva					
Aproximar-se do rosto de bebê	22,62	12,99	21,01	15,97	0,777
Apresentar contato corporal com o bebê	27,45	8,49	21,19	12,70	0,076
Verbalizar diretamente para o bebê	30,59	6,92	26,68	10,98	0,188
Cantar para o bebê	2,70	5,42	1,26	2,35	0,217
Emitir atribuições positivas ao bebê	1,56	2,10	1,98	2,42	0,543
Descrever positivamente os estados do bebê	0,70	2,07	0,29	0,72	0,336
Fazer cócegas no bebê	1,80	2,15	1,82	2,59	0,972
Beijar o bebê	0,34	1,2	0,98	1,9	0,226
Brincar com o bebê	5,54	7,29	4,55	7,04	0,647
Responder prontamente à iniciativa de jogo interativo com o bebê	2,61	7,10	1,89	3,29	0,659
Total orientação social positiva	95,56	24,10	81,71	36,50	0,154
Orientação Social Negativa					
Afastar-se do bebê	1,69	4,16	3,38	8,57	0,444
Evitar o jogo	0,06	0,35	0	0	0,326
Evitar o bebe	0,31	0,89	0,13	0,56	0,399
Emitir atribuições negativas ao bebê	0,16	0,73	0,05	0,22	0,443
Descrever negativamente os estados do bebê	2,49	3,39	1,97	3,37	0,614
Apresentar afirmações de rejeição	2,49	4,27	1,07	2,16	0,184
Sugar o bebê	0,10	0,40	0	0	0,184
Estar muito próximo ao rosto do bebê	3,75	9,14	0,11	0,47	0,041
Restringir fisicamente o bebe	4,51	9,64	7,51	10,09	0,320
Total orientação social negativa	15,06	16,34	14,25	12,55	0,751

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

As Tabelas 7 e 8 apresentam as médias e desvio padrão de cada um dos comportamentos maternos emitidos durante os episódios um e três para cada um dos grupos (G1 e G2). A comparação das médias entre os episódios um e três foram feitas, utilizando o teste t de *Student*. Para G1, dos comportamentos codificados em Orientação Social Positiva apresentados na Tabela 7, notou-se diferença significativa no comportamento de *Descrever positivamente os estados do bebê* ($p=0,045$), sendo que no episódio um (média=1,35), as mães emitiram mais descrições positivas do que no episódio três (média=0,70). Em Orientação Social Negativa houve diferença significativa nos comportamentos de *Evitar o bebê* ($p<0,000$) e *Restringir fisicamente ações do bebê* ($p<0,000$), apontando para maior média no episódio um e *Estar muito próximo ao rosto do bebê* ($p<0,000$), apontando maior média no episódio três. Por fim, a comparação do total dos comportamentos de orientação social negativa de G1 entre os episódios também apresentou significância ($p<0,000$), indicando maior emissão de comportamentos negativos no episódio um.

Tabela 7. Análise Comparativa a partir da Média e desvio padrão dos comportamentos interativos maternos de G1 episódios um e três.

Comportamentos interativos maternos	Episódio 1		Episódio 3		P*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Orientação Social Positiva					
Aproximar-se do rosto de bebê	21,19	14,82	22,62	12,99	0,444
Apresentar contato corporal com o bebê	28,03	8,46	27,45	8,49	0,724
Verbalizar diretamente para o bebê	35,53	5,19	30,59	6,92	0,097
Cantar para o bebê	3,73	6,00	2,70	5,42	0,135
Emitir atribuições positivas ao bebê	2,52	4,11	1,56	2,10	0,313
Descrever positivamente os estados do bebê	1,35	2,16	0,70	2,07	0,045
Fazer cócegas no bebê	1,65	2,42	1,8	2,15	0,762
Beijar o bebê	0,58	1,5	0,34	1,23	0,385
Brincar com o bebê	3,97	3,74	5,54	7,25	0,163
Responder prontamente à iniciativa de jogo interativo com o bebê	1,3	3,02	2,61	7,10	0,344
Total orientação social positiva	96,81	19,32	95,56	24,10	0,808
Orientação Social Negativa					
Afastar-se do bebê	3,56	6,94	1,69	4,16	0,119
Evitar o jogo	0	0	0,65	0,35	-
Evitar o bebe	0,67	1,32	0,31	0,89	0,000
Emitir atribuições negativas ao bebê	0,91	2,33	0,16	0,73	0,632
Descrever negativamente os estados do bebê	0,86	1,31	2,49	3,39	0,737
Apresentar afirmações de rejeição	1,19	1,99	2,49	4,27	0,420
Sugar o bebê	0,34	1,85	0,10	0,40	0,802
Estar muito próximo ao rosto do bebê	3,58	8,17	3,75	1,69	0,000
Restringir fisicamente o bebe	5,87	8,23	4,51	9,64	0,000
Total orientação social negativa	17,04	16,11	15,60	16,34	0,000

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

A Tabela 8 apresenta os resultados da comparação das médias e desvio padrão dos comportamentos interativos das mães de G2 nos episódios um e três. Na classe de comportamentos de Orientação Social Positiva houve diferença significativa no comportamento de *Verbalizar diretamente para o bebê* ($p=0,028$), no qual a maior emissão ocorreu durante o episódio um, com média de 32,66, em detrimento do episódio três, com média de 26,68. Em Orientação Social Negativa das mães do G2 houve diferença significativa nos comportamentos de *Afastar-se do bebê* ($p=0,037$) e de *Restringir fisicamente o bebê* ($p=0,002$), cujas emissões foram maiores no episódio três. *Emitir atribuições negativas ao bebê* ($p<0,000$) e *Estar muito próximo ao rosto do bebê* ($p<0,000$) tiveram emissões foram maiores no episódio um.

Tabela 8. Análise comparativa a partir da Média e desvio padrão dos comportamentos interativos maternos das mães de G2 emitidos no episódio um e três.

Comportamentos interativos maternos	Episódio 1		Episódio 3		P*
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Orientação Social Positiva					
Aproximar-se do rosto de bebê	26,61	13,69	21,01	15,97	0,085
Apresentar contato corporal com o bebê	23,83	10,12	21,19	12,71	0,405
Vocalizar diretamente para o bebê	32,66	3,67	26,68	10,98	0,028
Cantar para o bebê	0,77	1,59	1,26	2,35	0,435
Emitir atribuições positivas ao bebê	2,94	3,73	1,98	2,42	0,204
Descrever positivamente os estados do bebê	0,83	1,54	0,29	0,72	0,152
Fazer cócegas no bebê	2,27	2,69	1,82	2,59	0,620
Beijar o bebê	1,94	3,63	0,98	1,97	0,162
Brincar com o bebê	3,22	3,60	4,55	7,04	0,342
Responder prontamente à iniciativa de jogo interativo com o bebê	2,27	1,14	1,89	0,92	0,628
Total orientação social positiva	97,38	18,23	81,71	36,50	0,084
Orientação Social Negativa					
Afastar-se do bebê	2,00	5,05	3,38	8,57	0,037
Evitar o jogo	0,05	0,23	0,0	0,0	-
Evitar o bebe	0,33	0,68	0,13	0,56	0,332
Emitir atribuições negativas ao bebê	0,55	1,91	0,05	0,22	0,000
Descrever negativamente os estados do bebê	0,72	2,13	1,97	3,37	0,462
Apresentar afirmações de rejeição	1,61	2,40	1,07	2,16	0,993
Sugar o bebê	0	0	0	0	-
Estar muito próximo ao rosto do bebê	0,16	0,51	0,11	0,47	0,000
Restringir fisicamente o bebe	6,55	10,50	7,51	10,09	0,002
Total orientação social negativa	12	11,11	14,25	12,55	0,095

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos na EPDS mostraram que 17% das mães da amostra obtiveram pontuação para indicadores de depressão pós-parto em nível clínico. Esse resultado vai de encontro aos resultados da pesquisa de Konradt et al. (2011), que obtiveram prevalência de 16% de indicadores para depressão pós-parto em uma amostra de 1.019 mulheres. Estudos que também utilizaram a EPDS como ferramenta de rastreamento, como os de Lucci (2013) (amostra de 94 mulheres) e Servilha e Bussab (2015) (amostra de 80 mulheres) apresentaram porcentagens maiores de mães com indicadores de depressão pós-parto, 26,7% e 37,5% respectivamente. A presente pesquisa também investigou os indicadores de ansiedade traço e estado por meio do IDATE, que mostrou uma prevalência nessa amostra de mães de 17% para ansiedade estado e 26,66% para ansiedade traço. Os números obtidos não coincidem com as porcentagens encontradas em estudos de Grant, McMahon e Austin (2008), que obtiveram prevalência de 33% para ansiedade estado e 26% para ansiedade traço em uma amostra de 100 mulheres ou de Pereira et al (2014) (n=16) que obteve 25% das mães com sintomas para ansiedade estado e 18,8% para ansiedade traço. O estudo de Rodrigues e Nogueira (2016) (n=100) não apresentaram prevalência similar à do estudo presente, no entanto os dados coincidem à medida que a prevalência da ansiedade estado, 34%, foi menor do que da ansiedade traço, 46%. Com relação a prevalência do estresse materno na amostra estudada, as mães não demonstraram indicadores clínicos para a categoria de estresse total, 8,5% apresentaram indicadores clínicos para a categoria angústia dos pais e 2,12% para criança difícil, totalizando 10,6% de mães com algum sintoma típico para estresse. Seah e Morawska (2016) obtiveram 23,4% da amostra de 71 mulheres estudadas com sintomas para estresse, Lehr et al (2015), obtiveram 17,6% do total de 133 mães com indicadores clínicos de estresse. Estudos como os da Lipp (2004) ou Rodrigues e Nogueira (2016) (n=100), que rastrearam o estresse materno por meio do ISSL, também apresentaram maior prevalência de indicadores de estresse na amostra

estudada, 41% e 68% respectivamente. Como explicitado anteriormente, as amostras dos estudos diferem, as variáveis que as envolvem podem influenciar ou não no processo de investigação dos indicadores emocionais relatados acima, o que gera diferentes resultados sobre a prevalência desses sintomas nas diversas amostras.

A comparação entre as frequências médias de G1 e G2 no episódio um mostraram que as mães de G1 cantaram significativamente mais para seus bebês do que as mães de G2. Observando as médias é possível perceber que G2 emitiu mais comportamentos positivos no episódio um do que G1. No entanto, no episódio três a situação inverte, as mães de G1 emitem mais respostas positivas aos bebês do que as mães de G2. Apesar de ambos os grupos mostrarem queda da emissão de comportamentos positivos do episódio um para o três, G2 diminui sua frequência média em maior escala quando comparado ao G1. Tais resultados parecem apontar que mães com indicadores clínicos de saúde emocional tiveram mais dificuldade em retomar as interações positivas com seus bebês depois do episódio dois, em que ficaram inexpressivas. O estudo de Felipe (2009), ao analisar os comportamentos específicos envolvidos em cada classe de comportamentos, encontrou que mães sem depressão olharam, sorriram e vocalizaram mais para seus bebês, enquanto que, no presente estudo estes comportamentos estiveram mais presentes nos comportamentos das mães de G2 no episódio um, todavia, no episódio três, as mães de G1 emitiram mais esses comportamentos. Tais resultados mostram que as mães com indicadores de depressão pós-parto não mantêm a qualidade da interação como mostra o estudo de Felipe (2009), corroborando os resultados encontrados no presente estudo. No grupo dois haviam, também, mães com indicadores clínicos para ansiedade, portanto, é possível que este fator tenha influenciado a frequência menor de comportamentos interativos positivos. Tais resultados diferem dos encontrados por Kaitz et al. (2010), as mães identificadas com sintomas de ansiedade olharam e expressaram mais afeto positivo aos seus bebês do que as mães sem sintomas de ansiedade. Já os resultados de Dib (2016) apresentaram que mães com indicadores

de depressão pós-parto mostraram-se significativamente menos sensíveis, mais desengajadas e menos afeto positivo do que as mães do grupo controle. Contrariando esses resultados, o estudo de Grant et al (2010) não encontrou diferenças significativas na sensibilidade materna entre mães com sintomas de ansiedade e mães sem esses indicadores.

Tanto no episódio um, quanto no episódio três, as mães de G1 emitiram mais respostas negativas do que G2 em mais de 77% dos comportamentos específicos da classe, sendo que houve diferença significativa no comportamento *Estar muito próximo ao rosto do bebê*. Ritche e Reck (2013) ao compararem os comportamentos interativos entre mães com e sem indicadores de ansiedade, notaram que as mães com esses indicadores não apresentaram mais comportamentos disfuncionais do que as mães controles. Já Kaitz et al. (2010) apontaram que as mães com indicadores de ansiedade vocalizaram de maneira exagerada com seus bebês em maior frequência do que as mães sem indicadores de ansiedade. Nota-se que o comportamento específico *Restringir fisicamente o bebê* esteve mais presente no grupo de mães com indicadores emocionais clínicos (G2), do que nas mães sem indicadores emocionais (G1). Considerando a restrição física como parte de um comportamento intrusivo, esse dado confirma o resultado obtido no estudo de Alvarenga e Palma (2013), que encontraram diferença significativa na emissão de comportamentos intrusivos, sendo que as mães com indicadores de depressão pós-parto emitiram esse comportamento com maior frequência do que as mães sem sintomas depressivos. Já o estudo de Agostini (2014) não encontrou diferenças entre os comportamentos intrusivos de mães com e sem indicadores de depressão. As diferenças ficaram por parte do comportamento distante das mães com indicadores de depressão e de suas expressões faciais tristes dirigidas ao bebê. A partir dos resultados obtidos, foi possível observar que as mães de G1 interagem mais, tanto positiva como negativamente do que as mães do G2. Pode-se atribuir esse dado à hipótese de que as mães com indicadores emocionais clínicos têm

maior dificuldade em reestabelecer o nível de interação pós FFSF, interagindo menos, tanto positiva, quanto negativamente, com seus bebês no episódio três.

Quando comparadas as médias de G1 nos episódios um e três, mais de 55% dos comportamentos positivos aconteceram durante o episódio um, sendo que o comportamento *Emitir atribuições positivas ao bebê* apresentou diferença significativa na comparação das médias por episódio. As médias das mães de G1 só foram maiores no episódio três em quatro comportamentos, sendo eles: *Aproximar-se do rosto do bebê*, *Fazer cócegas no bebê*, *Brincar com o bebê* e *Responder prontamente à iniciativa de jogo do bebê*. Reeb-Sutherland e Vieites (2017) obtiveram resultados semelhantes com relação aos comportamentos de orientação social positiva quando encontraram diferença significativa entre os episódios de interação e reunião, onde as mães interagiram mais positivamente no primeiro episódio.

Ainda para as mães de G1, a maioria dos comportamentos de orientação social negativa também ocorreram durante o episódio um, sendo que três deles tiveram diferença significativa em relação ao episódio três, incluindo o total das respostas negativas, enquanto que no episódio três foi encontrada apenas uma diferença significativa. É possível dizer então, que as mães de G1 interagiram mais com seus bebês durante o episódio um, tanto positiva, quanto negativamente. Pode-se atribuir esse resultado ao efeito *Still Face* que também pode atingir a mãe. O mesmo ocorreu para as mães de G2 quando comparadas as frequências médias de cada episódio. No episódio um, 80% dos comportamentos de orientação social positiva ocorreram em maior média durante este episódio. Assim como os achados de Grant et al. (2010), que encontraram que mães ansiosas se mostraram mais sensíveis durante o episódio um. No episódio três, dois deles foram mais emitidos, sendo que um deles apresentou diferença significativa, assim como a investigação de Reeb-Sutherland e Vieites (2017) citada acima. Com relação aos comportamentos de orientação social negativa de G2, cinco dos nove comportamentos negativos ocorrem em maiores médias durante o episódio um, sendo que dois

deles apresentaram diferenças significativas. No episódio três, quatro comportamentos ocorreram em maior média, incluindo o total de respostas negativas, sendo que dois deles apresentaram diferença significativa. Observa-se que as mães de G2 também interagem mais com seus bebês no primeiro episódio, enfatizando a brusca diminuição da frequência de comportamentos positivos entre os dois episódios.

Focando os resultados obtidos nos dois grupos, pode-se dizer que as mães de G1 e G2 retomam parcialmente a interação com seus bebês após o FFSF. O G2, no entanto, parece ter sofrido mais o efeito *Still Face*, já que teve maior diminuição dos comportamentos positivos que G1, porém, mais análises são necessárias para confirmar a hipótese de que mães com indicadores emocionais sofrem o efeito *Still Face* em maior escala do que mães sem indicadores emocionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se propôs a comparar os comportamentos interativos maternos de grupos com mães com indicadores emocionais e sem esses indicadores, bem como comparar suas respostas entre os episódios frente aos comportamentos interativos de seus bebês influenciados pela situação do *Still Face*. Apesar de não terem demonstrado grandes diferenças significativas, os dados obtidos destacaram que as mães sem indicadores emocionais clínicos interagiram mais com seus bebês, tanto positiva, quanto negativamente. Além disso, as mães com indicadores emocionais clínicos apresentaram maior dificuldade em retomar a interação pós FFSF do que mães sem os indicadores. Os dados sugerem que o efeito *Still Face* afeta mais as mães de G2, à medida que seus bebês alteram seus comportamentos em decorrência dele. A comparação entre os episódios um e três demonstrou que ambos os grupos interagem mais durante o episódio um e retomam parcialmente a interação no episódio três, enfatizando a maior dificuldade nessa retomada pelas mães de G2. No entanto, há limitações no presente trabalho.

Esses resultados se referem a uma pequena amostra, sendo necessário estudos que abranjam amostras maiores para obter resultados mais representativos e fidedignos, confirmando ou não os achados desse trabalho. A amostra de mães também apresentou baixo índice de indicadores emocionais, números abaixo do que outros estudos geralmente expõem. Essa diferença pode ser decorrente de instrumentos de avaliação ou de variáveis da própria amostra, que são de mães de bebês típicos, na sua maioria, que aceitam participar de um projeto que se propõe a monitorar o desenvolvimento de seus bebês durante o primeiro ano de vida. Deve-se levar em conta, também, a questão do instrumento de avaliação da interação. A filmagem e observação, apontam Lotzin et al. (2015) são as ferramentas mais confiáveis para a avaliação da interação, no entanto, impõem um obstáculo à naturalidade dos comportamentos maternos, apesar de todos os esforços dispendidos para que a díade se sinta à vontade. Ao estarem cientes da gravação daquele momento, as mães podem alterar suas respostas, por timidez ou intimidação que a situação pode acarretar.

A partir dessas considerações, seria interessante pensar em novos estudos que abarquem as lacunas dessa pesquisa. Trabalhos que envolvam amostras maiores e mais representativas. Um olhar mais a fundo para os comportamentos maternos pode embasar intervenções voltadas às mães, a fim de orientá-las para uma interação mais adequada e estimuladora com seus bebês, levando em conta os arranjos diádicos mais apresentados e os mais desejáveis, possibilitando o estabelecimento de interações saudáveis e benéficas para mãe e bebê.

ESTUDO 02

Saúde Emocional Materna e a influência sobre o comportamento interativo do bebê.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o IBGE, no ano de 2015 foram registrados 2.945.344 nascimentos em todo o país, um aumento de 1,4% sobre o ano anterior (IBGE, 2016). Faz-se assim a relevância de conhecimentos sobre essa fase da vida, dita a primeira infância. Esse tema vem ganhando destaque nos âmbitos científico, social, público e político. No ano de 2016, no Brasil, foi sancionada a lei nº13.257, chamada Marco Legal da Primeira Infância, que consiste na elaboração e implementação de políticas públicas para a primeira infância, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida do desenvolvimento infantil e do desenvolvimento humano. Com isso, o Brasil se tornará o primeiro país da América Latina a reconhecer a importância da criança e valorizar essa primeira fase da vida (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2016). Dessa forma, é preciso expandir os conhecimentos sobre esse período do desenvolvimento humano a fim de elaborar serviços que levem em conta os múltiplos fatores que influenciam a fase de zero a seis anos de idade da criança. Como contribuição, esse estudo investigará como algumas variáveis maternas, no aspecto da saúde emocional, podem impactar sobre a interação mãe-bebê e o desenvolvimento da criança. Vários autores têm se dedicado a estudar a saúde emocional materna nos aspectos da depressão pós-parto, ansiedade e estresse maternos (PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; CORREIA; LINHARES, 2007; PEROSA et al., 2009; AIROSA; SILVA, 2013).

O diagnóstico da depressão é caracterizado pela presença dos seguintes sintomas: humor deprimido; interesse ou prazer acentuadamente diminuído pelas atividades; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda

de energia; sensação de inutilidade; culpa excessiva ou inadequada; indecisão ou capacidade diminuída para pensar e concentrar-se; pensamentos recorrentes sobre morte e, ideação suicida. Está classificada entre os Transtornos do Humor no Manual de Diagnósticos de Transtornos Mentais. O transtorno depressivo maior pode ter como especificador o pós-parto, descrevendo-a como um quadro de depressão maior que pode ser diagnosticada após dois, três, seis meses e até um ano do nascimento do bebê (DSM-V, 2013).

Ferreira e Tourinho (2011) afirmam que a Análise do Comportamento entende a depressão como um fenômeno complexo, envolvendo diferentes relações comportamentais em diversos níveis. Essas relações se diferenciam à medida que os sujeitos interagem de determinadas maneiras com o ambiente. Independente da maternidade recente, a prevalência da depressão em mulheres é maior (3,2%) do que nos homens (1,9%) (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Não há, no momento, um fator específico que determine essa prevalência. Dessa forma, as mulheres e a depressão tem recebido atenção, principalmente no que concerne aos fatores exclusivamente femininos, como a maternidade. (LARA; ACEVEDO; BERENZON, 2004).

A Análise do Comportamento estuda o desenvolvimento humano como resultante das interações com o ambiente e, a partir desse ponto de vista, a depressão pós-parto pode afetar negativamente a interação da mulher com seu ambiente, o qual envolve o bebê. Pesquisando a interação pais e crianças na idade escolar, Gomide et al. (2005) encontrou que pais depressivos demonstram menos carinho, se envolvem menos e se apresentam mais irritáveis, hostis e críticos. Em decorrência desses comportamentos, seus filhos em geral são mais autocríticos e têm dificuldades em regular suas emoções. Além disso, os autores destacam que a depressão dos pais pode ser um antecedente para a prática parental negligente, o que pode provocar um comportamento antissocial dos filhos.

Carlesso e Souza (2011) afirmam que o desenvolvimento infantil é resultante da interação entre capacidades potenciais da criança e a influência do ambiente, constituído, por exemplo, pelas condições socioeconômicas e cultura em que o bebê está inserido, pelos cuidadores, como a mãe, o pai, avós. As estimulações sensoriais, afetivas e sociais insuficientes podem ter como consequência um atraso no desenvolvimento das esferas cognitiva, afetiva e relacional da criança. A depressão pós-parto e suas expressões comportamentais fazem com que as mães sejam menos contingentes às demandas de seu bebê, gerando um déficit de estimulação adequada. Além disso, mesmo quando aparece em graus mais leves, as expressões comportamentais deprimidas trazem um efeito negativo na interação entre mãe e bebê, o que pode comprometer o desenvolvimento da criança e diminuir o nível de atividade e sincronia dessa interação (SCHWENGER; PICCININI, 2003).

Segundo Klaus et al. (2000), existe uma associação entre a depressão pós-parto e intercorrências no desenvolvimento da criança, incluindo transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, interações inseguras e episódios depressivos. O estudo de Lucci (2013) avaliou o impacto dos sintomas de depressão pós-parto no desenvolvimento neuropsicomotor de bebês em três momentos durante o primeiro ano de vida. Os sintomas de depressão pós-parto foram avaliados pela EPDS e o desenvolvimento neuropsicomotor foi avaliado pelas escalas: Denver; Gesel/Amatruda; *Modified Checklist for Autism in Toddlers* e Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Os resultados indicaram que o estado depressivo materno afetou de forma negativa o desenvolvimento neuropsicomotor dos bebês aos oito e doze meses de vida.

Servilha e Bussab (2015) verificaram a influência dos sintomas da depressão pós-parto e do contexto afetivo de criação no desenvolvimento da linguagem em crianças de 36 meses de idade. Em seu estudo, foram avaliadas 80 mães e suas crianças. Os sintomas de depressão pós-parto foram investigados por meio da EPDS, os dados sociodemográficos por uma entrevista

semiestruturada e, por fim, a avaliação da linguagem da criança foi avaliada pelo teste de linguagem infantil *ABFW*. Os autores perceberam que as crianças cujas mães não obtiveram níveis clínicos de depressão utilizavam-se mais de vocalizações para se comunicar e transmitir informações, enquanto que o outro grupo utilizava mais gestos para tal finalidade. A partir desse estudo, concluiu-se que a mãe com indicadores de depressão pós-parto, mesmo que capacitada para desenvolver os modelos linguísticos de seus filhos, pode impor limitações a essa área do desenvolvimento da criança.

Uma revisão de literatura nacional foi realizada por Santos e Serralha (2015) sobre as repercussões que a depressão pós-parto materna tem sobre o desenvolvimento emocional, social, comportamental e cognitivo do bebê. Os autores concluíram que a depressão puerperal materna influencia negativamente no modo como a mãe se organiza para cuidar de seu bebê, tornando a interação da díade inadequada, como não atender às demandas físicas e emocionais do bebê, apresentando comportamentos maternos não responsivos e estar indisposta para os cuidados com o bebê.

Com objetivo de investigar características do desenvolvimento infantil aos quatro, oito e doze meses de idade em função dos sintomas de depressão pós-parto, avaliada pelo EPDS, Morais, Lucci e Otta (2013) constataram pior desempenho de bebês de mães com sintomas de depressão em dois indicadores interacionais aos quatro meses, dois indicadores motores aos oito meses e, um indicador motor amplo aos doze meses. Contudo, filhos de mães com sintomas de depressão pós-parto mostraram melhores resultados em um indicador de motricidade fina e em dois de linguagem aos doze meses.

Schmidt et al. (2005) afirmaram, em sua revisão de literatura, que filhos de mães com sintomas de depressão pós-parto tendem a ser mais ansiosos, menos felizes e menos responsivos nas relações interpessoais. Além disso, sua atenção é menor, apresentam menos sorrisos, menor interação corporal, dificuldades de sono e transtornos alimentares.

Os trabalhos sobre como as respostas depressivas maternas influenciam o desenvolvimento da criança foram revisados por Carlesso e Souza (2011). As autoras concluíram que os comportamentos de mães com sintomas de DPP podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança, desencadeando desordens linguísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Afirmaram, ainda, que a intensidade dos efeitos sobre o desenvolvimento depende de muitas variáveis, como a idade da criança, o temperamento infantil, a duração do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida.

Ainda com relação ao impacto dos sintomas depressivos, Hay et al. (2001) avaliaram crianças filhas de mães com sintomas de depressão pós-parto que demonstraram mais problemas de atenção e dificuldade em aprendizagem de matemática do que as crianças de mães sem sintomas. Grace, Evindar e Stewart (2003) observaram que os efeitos dos sintomas da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças, incluindo linguagem e QI, afetam especialmente crianças do sexo masculino.

Com o objetivo de comparar a interação mãe-bebê de 15 a 18 meses de idade de mães com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos, rastreados pela EPDS no segundo mês pós-parto, Edhborg et al. (2003) indicaram que os bebês de mães com sintomas de DPP demonstraram menor persistência em brincar com suas mães, além disso, após um período de afastamento, esses bebês demonstraram menos alegria ao se juntarem a elas novamente.

Carlesso, Souza e Morais (2014) analisaram correlações entre o índice de risco ao desenvolvimento linguístico e psicológico dos bebês e a presença de sintomas de depressão materna. Os resultados indicaram correlação positiva entre os sintomas e a presença de índices de riscos ao desenvolvimento infantil. Alguns estudos identificaram comportamento exploratório mais limitado, menos envolvimento nas tarefas de exploração, evitamento aos brinquedos, menos expressão de afeto positivo e mais de afeto negativo em bebês de mães com

sintomas de depressão aos 12 meses (FIELD et al., 1996; HART; FIELD; DELL VALLE, 1998; HART et al., 1999). Hart, Field e Dell Valle (1998), ainda na perspectiva exploratória, constataram que bebês de mães com sintomas de DPP permaneceram menos tempo concentrados em um único brinquedo, enquanto os bebês do grupo controle focalizaram mais os brinquedos.

No âmbito dos efeitos da expressão da depressão pós-parto no desenvolvimento das crianças, avaliado pelas escalas Bayley, pode-se dizer que o desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional de bebês de mães com sintomas de depressão têm obtido escores mais baixos, especialmente nas escalas mental e motora (FIELD, 1997; WAINBERG; TRONICK, 2000). Righetti et al. (2003) também avaliaram os sintomas da depressão em mães e o desenvolvimento de bebês até 18 meses de idade pelas escalas EPDS e Bailey, respectivamente. De acordo com os resultados, os bebês de mães com sintomas de DPP apresentaram desordens alimentares e de sono, além do choro mais frequente.

A ansiedade é uma reação normal do organismo frente a estímulos novos ou já experimentados de forma aversiva. A ansiedade é necessária ao organismo humano, tendo como finalidade proteger ou criar reação a qualquer estímulo, que possa causar danos ao indivíduo. Os sintomas descritos como ansiosos envolvem geralmente, excitação biológica, redução na eficiência comportamental, respostas de esquiva e/ou fuga, sugerindo expectativa do acontecimento de um evento aversivo futuro, e relatos verbais de estados internos desagradáveis (ZAMIGNANI e BANACO, 2005). Esses autores apontam que na presença de um evento ameaçador, o sujeito emite uma resposta a fim de eliminar, adiar ou amenizar esse evento. O tipo de evento ameaçador experimentado e o tipo de resposta de fuga ou esquiva diferenciarão o tipo de transtorno apresentado. A ansiedade pode tornar-se uma queixa quando torna o indivíduo incapacitado orgânica, psicológica, social e profissionalmente, influenciando o

desempenho das atividades cotidianas, incluindo aquelas relacionadas ao papel materno. (NEVES et al., 1999).

Para análise dos níveis de ansiedade é importante diferenciar a ansiedade-traço da ansiedade-estado (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). A primeira faz parte das diferenças individuais e é particularmente estável, se referindo à maneira de reagir do indivíduo frente a situações vistas como ameaçadoras. A segunda, a ansiedade-estado, é uma condição emocional transitória caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão. A ansiedade abarca tanto aspectos fisiológicos quanto psicológicos, como sensações de medo e insegurança, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, constrição respiratória, entre outros (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Os fatores ansiogênicos podem interferir negativamente nos aspectos cognitivos do indivíduo, alterando o processo de aprendizagem, resultando em atenção e concentração diminuídas (CONDE; FIGUEIREDO, 2003; FERREIRA et al., 2009). Considerado um dos mais comuns transtornos mentais (KESSLER et al., 2005), a ansiedade ou o comportamento ansioso é eliciado por um estímulo condicionado, no entanto, a resposta de ansiedade pode se antecipar ao estímulo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Antes mesmo que o estímulo aversivo ocorra, a resposta ansiosa é emitida. O período perinatal, como um momento de grandes mudanças na vida da mulher, pode se configurar como estímulo aversivo condicionados para a mãe, a qual antecipará sua resposta a esse estímulo.

Fatores como baixa renda da mãe, pouca idade materna, maior número de filhos, prematuridade ou intercorrências com o bebê podem aumentar o risco do desenvolvimento de altos níveis de ansiedade em mães de bebês (FAISAL-CURY; MENEZES; 2006). Estudos têm apontado que altos níveis de ansiedade materna, nas fases pré e pós-natal, podem trazer implicações adversas na saúde e bem-estar da mãe, bem como prejuízos ao desenvolvimento fetal e problemas emocionais, cognitivos e comportamentais ao longo das etapas do ciclo da

vida para os filhos (VAN DEN BERGH; MULDER; MENNES; GLOVER, 2005; CORREIA; LINHARES, 2007; BRAND; BRENNAN, 2009).

A associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil, para a faixa etária de zero a quatro meses de idade, foi analisada por Flores et al. (2012). Para a obtenção dos dados dos sintomas depressivos e ansiosos da mãe utilizaram os Inventários de Beck (BDI e BAI). Foi aplicado também o protocolo de indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e observada a interação mãe-bebê a partir de uma amostra de 182 díades. Os pesquisadores constataram que o percentual de bebês com pelo menos um índice de risco ausente no grupo de mães que apresentaram sintomas de depressão e ansiedade combinada foi significativamente maior do que nas mães sem alteração emocional.

A ansiedade materna é um preditor para problemas de desenvolvimento em bebês. Além disso, altos níveis de ansiedade-traço foram associados a variações de pensamentos e preocupações, níveis de estresse e dificuldades no manejo desse (GALLER et al., 2000; JONAS et al., 1999). A relação entre a ansiedade materna, as características neonatais e indicadores de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo (com menos de 37 semanas) aos 12 meses de idade foram analisadas por Fraga et al. (2008). Os pesquisadores avaliaram 14 crianças com as Escalas Bayley-II e suas mães com o IDATE. Observaram que o nível de ansiedade materna mais elevado se associou com melhor desempenho dos bebês em tarefas cognitivas e pior em tarefas de motricidade ampla e permanência do objeto.

A pesquisa desenvolvida por Beltrami, Moraes e Souza (2013) teve por objetivo analisar possíveis correlações entre os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil e o estado ansioso materno. Foram estudadas 182 díades mãe-bebê por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o protocolo IRDI e a filmagem da interação mãe-bebê. Os dados encontrados indicaram que há correlação positiva entre a ausência de índices de risco ao desenvolvimento

infantil e os níveis de ansiedade materna, ou seja, o desenvolvimento de bebês de mães ansiosas corre mais risco do que o de bebês de mães não ansiosas. No entanto, ressaltou-se que o risco para o desenvolvimento do bebê é multifatorial, não podendo estabelecer uma relação causa-efeito entre a ansiedade materna e o desenvolvimento infantil.

Nesta perspectiva, Brouwers, Van Baar e Pop (2001), investigaram a associação entre a ansiedade materna durante o período gestacional e o desenvolvimento da criança, em um grupo de 105 pares mães-filhos saudáveis. A ansiedade materna foi avaliada pelo inventário IDATE na 32ª semana gestacional, enquanto que o desenvolvimento infantil foi medido pela Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS), na terceira semana após o parto, e pela Bayley II, quando as crianças tinham entre 12 e 24 meses de idade. Os pesquisadores observaram que as crianças com idade de três semanas, cujas mães apresentaram-se ansiosas no pré-natal, marcaram significativamente menores escores no NBAS, quando comparadas ao grupo de crianças de mães não ansiosas. Nas idades de 12 e 24 meses, a média da pontuação nas escalas mentais e motoras foi menor no grupo de mães ansiosas. Com a idade de um ano, 25% das crianças do grupo de mães ansiosas tinham uma pontuação menor no desenvolvimento mental e, 30% delas, a mesma pontuação para o desenvolvimento psicomotor, contra 8% e 14% do grupo de mães não ansiosas.

As variáveis maternas e o desenvolvimento infantil foram investigadas por Pereira et al. (2014). Foram utilizados como instrumentos de rastreio o ISSL, IDATE, para a avaliação da saúde emocional e o Inventário Portage Operacionalizado para a avaliação do desenvolvimento do bebê. Como resultado, as autoras obtiveram correlações positivas significantes entre os níveis de sintomas para ansiedade traço-estado e a área de desenvolvimento em autocuidado no primeiro e segundo meses de vida do bebê, indicando que mães com escores mais elevados para ansiedade tem crianças mais independentes, as autoras relacionam esse dado à hipótese de que

exista uma rede de apoio maior à essas mães e bebês, sendo assim, as interações do bebê são ampliadas, o que pode torná-lo mais independente.

Mahl, Biaggio e Kessler (2014) investigaram associações entre sintomas de ansiedade materna e os riscos ao desenvolvimento infantil, bem como os conhecimentos sobre o Triagem Auditiva Neonatal (TAN) com mães de bebês que haviam falhado na primeira etapa da TAN. Além da triagem, foram utilizados o IRDI e BAI. Os dados apontaram para correlação significativa entre o nível de sintomas de ansiedade das mães e a variável que avalia seu conhecimento sobre o reteste da TAN, além de associação positiva entre a presença de riscos ao desenvolvimento infantil e os níveis de ansiedade materna. Ou seja, os bebês de mães com sintomas ansiosos têm maior risco ao seu desenvolvimento do que que bebês de mães que não apresentaram esses sintomas.

Outro fator que pode estar ligado à possíveis prejuízos no desenvolvimento infantil é o estresse materno. O estresse é considerado um processo complexo do organismo, envolvendo aspectos bioquímicos, físicos, psicológicos e comportamentais. Se caracteriza por um conjunto de reações emitidas pelo organismo quando é exposto a situações/estímulos, sejam estes positivos ou negativos, que levam a uma quebra da homeostase, a fim de reequilibrá-lo. Cabe destacar a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos enquanto eventos estressores, para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo, a fim de preservar sua integridade e sua própria vida (LIPP, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

O estresse pode se originar de fontes externas e internas. As fontes externas são representadas pelo que acontece na vida do indivíduo, pelas pessoas com as quais se relaciona, pelas interações estabelecidas com o ambiente. As internas se referem a como o indivíduo pensa, suas crenças e valores com os quais interpreta o mundo ao seu redor, o padrão comportamental, a capacidade de enfrentamento, os sentimentos, as cognições e as habilidades

sociais da pessoa (MARGIS et al, 2003; LIPP, 2004; GOMIDE; SALVO; PINHEIRO; SABBAG, 2005).

Selye (1956) constatou que o evento estressor aumenta a probabilidade da emissão de respostas de defesa e adaptação. O estresse foi dividido em três estágios: alarme, resistência e exaustão. A fase de alerta é uma reação saudável frente ao agente estressor e ocorre o retorno ao equilíbrio após a situação estressante. Se há a persistência da fase de alerta, o organismo entra na fase de resistência, na qual o organismo utiliza sua reserva comportamental, baseada em uma história de interação bem-sucedida frente à estímulos nocivos, facilitando seu reequilíbrio. Quando o agente estressor é de longa duração ou de grande intensidade, o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno de um modo reparador, passando ao estágio de “resistência”. Nesta fase o organismo, automaticamente, utiliza reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de estresse. Todavia, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). A fase de exaustão ocorre quando não há esse reequilíbrio e o organismo padece em decorrência do excesso de atividades e alto consumo de energia. Seus sintomas são parecidos aos da fase de alarme, porém em muito maior intensidade, podendo haver exaustão psicológica em forma de depressão, ansiedade aguda, incapacidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, como também em nível físico, com alterações orgânicas, hipertensão arterial, úlcera gástrica, psoríase, vitiligo e diabete (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). Lipp (2000) descreveu uma fase intermediária aos estágios de resistência e exaustão, a de quase-exaustão, na qual o organismo sofre um enfraquecimento de menor intensidade que na fase de exaustão.

O estudo de Alves (2015) investigou sintomas de estresse parental antes e depois de um

programa de apoio às famílias de crianças com síndromes ou deficiências e idade gestacional abaixo de 37 semanas. Participaram da pesquisa 36 mães e seus bebês e os sintomas de estresse materno foram avaliados pelo do Inventário de Estresse Parental-Forma Curta (PSI-SF). Os resultados apontaram médias mais altas na primeira avaliação dos sintomas de estresse nas mães e diferenças significantes, no que se refere aos dados após a participação no Programa, em relação aos domínios Angústia Parental, Criança Difícil e Estresse Total. Fica posta assim, a importância do suporte social para as famílias com bebês recém-nascidos, principalmente para as mães desses bebês.

Considerando as situações estressantes que envolvem a maternidade, as mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Estes sinais por sua vez, podem afetar a interação com seus filhos, tornando estas mães menos responsivas, com tendências a estabelecer comportamentos de intrusividade, hostilidade ou de retraimento com suas crianças, gerando um ambiente menos estimulador e restrito ao desenvolvimento infantil (WEBSTER-STRATTON, 1988; PIRES, 1990; FRIZZO; PICCININI, 2005).

O estudo de Pereira et al. (2014) investigou dezesseis mães e seus bebês com dois meses de idade para a influência das variáveis maternas sobre o desenvolvimento dessas crianças. Para a avaliação de indicadores de estresse materno foi aplicado o ISSL, enquanto que o desenvolvimento do bebê foi avaliado por meio do Inventário Portage Operacionalizado. Os resultados demonstraram uma correlação negativa entre os sintomas de estresse materno e o desempenho do bebê nas áreas de cognição e linguagem, ou seja, os bebês de mães com mais indicadores de estresse têm o desenvolvimento da área cognitiva e linguagem mais prejudicado.

Pesquisando a associação entre os sintomas do estresse parental e o desenvolvimento na primeira infância, Lehr et al. (2015) identificaram sintomas de estresse em pais por meio do

PSI-SF e o desenvolvimento da criança foi avaliado pelo questionário de idades e estágios (ASQ-3). Para a amostra estudada de 133 mães, observou-se que 17,6% das mães obtiveram pontuação de estresse parental alto e as crianças dessas mães apresentaram maior atraso em três áreas do desenvolvimento, sendo elas comportamento motor fino, resolução de problemas e sociabilidade.

A revisão sobre saúde emocional materna e os impactos dela sobre o desenvolvimento do bebê exposta acima destaca a importância de entender como se dão os prejuízos ou vantagens causadas pelas alterações emocionais da mãe. A depressão pós-parto, a ansiedade e estresse maternos geram mudanças comportamentais no repertório da mãe para com seu ambiente, que agora envolve o bebê. É importante investigar esses comportamentos e as respostas dos bebês a eles, o que nos leva à interação mãe-bebê. De acordo com Seidl-de-Moura et al. (2004), nos meses iniciais após o nascimento, as interações mãe-bebê ocorrem de maneira tênue. O bebê vai aprendendo a reagir às trocas, a reconhecer a face da mãe e, por fim, orientar sua atenção para o rosto desta.

Alvarenga e Palma (2013) compararam a interação mãe-bebê aos dezoito meses de vida, com grupos de mães com indicadores de depressão e sem esses indicadores. A depressão foi avaliada pelo Inventário Beck de Depressão (BDI) e a interação, por uma filmagem de 12 minutos, utilizando alguns brinquedos fornecidos pelo pesquisador. A codificação da filmagem foi elaborada a partir de cinco categorias maternas (envolvimento positivo, apatia, intrusividade, crítica e comando) e sete categorias infantis (exploração de brinquedos, envolvimento positivo, proximidade com a mãe, obediência, negativismo, resistência ao contato da mãe e desobediência). Os autores apontam para a hipótese de que a intrusividade da interação de mães com indicadores de depressão possa desenvolver na criança maior resistência ao contato com elas. A intrusividade pode ser definida como envolvimento ou estimulação excessivas, que restringem a autonomia da criança, impedindo-a de vivenciar novas

experiências e desafios. Fraga et al. (2008) também afirmaram que as mães ansiosas podem interagir com seus filhos de forma mais intrusiva, o que desvia a atenção da criança da atividade, dificultando o exercício e desenvolvimento da linguagem.

O estudo de Alfaya, Lopes e Prado (2006) examinou o comportamento exploratório de bebês entre oito e dez meses de idade de mães com e sem indicadores de depressão, durante a psicoterapia breve mãe-bebê. Os dados demonstraram que os bebês de ambos os grupos emitiram comportamentos de locomoção exploratória (engatinhar, caminhar segurando nos móveis, levar brinquedos à boca, erguer, balançar e chutar brinquedos e objetos). Os autores destacam que os níveis de depressão identificados nas mães variavam de leve à moderado, o que pode ter interferido nos resultados.

O estresse materno e a ansiedade materna, bem como a qualidade da interação mãe-bebê em díades com bebês com sequência de Pierre Robin com idade de zero a três meses foram avaliados por Nardi et al. (2015), que utilizaram o Protocolo de Observação da Interação Mãe-Bebê (POIMB-0-6). Os resultados apontaram que, quanto maior o índice de estresse e ansiedade materna, menor a sintonia de interação mãe-bebê. Muller-Nix et al. (2004) exploraram o estresse materno e a qualidade da interação mãe-bebê com idade de seis e dezoito meses, na Suíça. Para avaliar o estresse, os autores utilizaram o Questionário de Estresse Pós-traumático Perinatal. A avaliação da interação foi abarcada pelo Care Index, que propõe categorias de sensibilidade, controle e responsividade para os comportamentos interativos da mãe, enquanto os comportamentos do bebê são classificados em cooperação, compulsividade, passividade e atividade. A amostra de 72 díades de mães de bebês nascidos pré termo mostrou que os bebês de mães com estresse apresentaram-se mais compulsivos.

Felipe (2009) investigou o impacto da depressão pós-parto na interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil. Foi aplicada a EPDS para o rastreio dos sintomas depressivos e filmada a interação livre entre mãe-bebê durante três minutos. Apesar das díades de mães com

e sem DPP não apresentarem diferenças significativas na frequência de comportamentos, a DPP influenciou os arranjos interativos diádicos, a medida que os bebês de mães sem DPP apresentaram com mais frequência padrões correlacionados de vocalizações, sorriso, olhar e ausência de choro em resposta às suas mães.

O estudo de Dib (2016) objetivou identificar características da interação de bebês com idade até 12 meses com suas mães com sintomas de depressão crônica e ansiedade, comparando os arranjos diádicos entre mães sem esses sintomas. Ao investigar as 40 díades através de filmagem de interação livre, IDATE e BDI, ela observou que os bebês de mães com sintomas de depressão crônica interagiram significativamente menos com suas mães do que os bebês do grupo controle e do grupo com sintomas ansiosos.

A interação mãe-bebê conta com uma gama de ferramentas para sua avaliação (LOTZIN et al., 2015). Os autores destacam que, no momento da escolha do instrumento, os pesquisadores e clínicos levem em consideração as características particulares de cada uma dessas ferramentas, a fim de que estejam de acordo com os itens de avaliação da interação mãe-bebê a serem verificados. Com base nisso, muitos estudos vêm analisando a interação mãe-bebê por meio do procedimento *Face-to-Face Still Face* (FFSF).

Mesman et al. (2009) listaram 80 estudos embasados no FFSF. Esse procedimento consiste na observação de três momentos de interação entre a mãe e a criança. No primeiro episódio, chamado linha de base, a mãe interage livremente com a criança, no segundo episódio, chamado *still face*, a mãe para de responder os comportamentos da criança e mantém expressão facial inexpressiva, no terceiro e último episódio, chamado reunião, a mãe retoma a interação livre com a criança. O FFSF permite observar mudanças no comportamento da criança decorrentes da ausência da mãe. Essas alterações comportamentais são chamadas efeito *still face*, no qual os comportamentos interativos positivos da criança diminuem e os negativos e de regulação aumentam durante o segundo episódio, ao passo que, no terceiro episódio, as

respostas positivas são retomadas (reunião da díade) (ADAMSON; FRICK, 2003; GUSELLA; MUIR; TRONICK, 1988; KISILEVSKY et al., 1998; MESMAN et al., 2009; TODA; FOGEL, 1993). Segundo Mesman et al. (2009), o efeito *still face* ocorre independente da variação da amostra de crianças ou do procedimento. Os comportamentos regulatórios dos bebês também são bastante observados na interação baseada pelo FFSF. Calkins e Wiiliford (2009) caracterizam a regulação emocional como habilidades e estratégias que gerenciam, moldam, inibem e melhoram a ativação emocional, adaptando-as para adequá-las à sociedade. A partir dessa afirmação, pode-se dizer que os bebês no episódio de *Still Face* adequam estímulos que a ausência da mãe elicia a fim de externalizá-los e se autorregular. Seguem alguns estudos que utilizaram o procedimento FFSF para a avaliação da interação mãe-bebê.

Para investigar o impacto da ansiedade pré-natal materna e a sensibilidade materna sobre o desenvolvimento cognitivo e psicomotor em bebês com sete meses de idade, na Austrália, Grant et al. (2010) utilizou o Mini-Plus International Neuropsychiatric Interview e o protocolo *Face-to-face Still Face* para avaliar a interação mãe-bebê. Os resultados obtidos mostraram associação positiva entre a sensibilidade materna e o desenvolvimento mental de bebês, cujas mães foram diagnosticadas com sintomas ansiosos durante a gestação, enquanto que o impacto da sensibilidade materna sobre o desenvolvimento mental de crianças de mães do grupo controle foi menor.

Kaitz et al. (2010) avaliaram a associação entre a ansiedade materna, características da interação mãe-bebê e a regulação emocional da criança durante situação de estresse, em Israel. A amostra contou com 34 díades em que a mãe foi diagnosticada com sintomas clínicos de ansiedade e 54 mães sem os sintomas ansiosos. Os sintomas ansiosos das mães foram diagnosticados por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Questionário de Ansiedade (ASQ-15). A observação da interação mãe-bebê ocorreu por meio de filmagens

baseadas no paradigma *Face to Face Still Face*. Os resultados indicaram que, os bebês de mães ansiosas emitiram menos comportamentos negativos durante o *Still Face*.

O estudo de Faria e Fuertes (2007) investigou a relação entre a reatividade infantil e a qualidade dos comportamentos interativos do bebê, observados através do FFSF. Comparando o comportamento dos bebês durante os episódios do FFSF, as autoras encontraram diminuição dos comportamentos positivos dos bebês no episódio dois, onde a mãe cessa as respostas à criança e aumento das respostas negativas e de auto-conforto.

Reeb-Sutherland e Vieites (2017) se propuseram a investigar os efeitos longitudinais dos níveis de depressão não clínica de mães de bebês durante o procedimento de *Face-to-Face Still Face*. Uma amostra de 63 díades mãe-bebê com idade de cinco e nove meses de Miami foi investigada. Os resultados obtidos apontaram que bebês de mães com altos níveis de sintomas de depressão apresentaram menos comportamentos negativos durante o episódio de *Still Face*. Além disso, os comportamentos emitidos pelos bebês nesse episódio foram mais negativos e de regulação do que positivos, configurando o efeito *Still Face*.

Erickson et al. (2013) se propuseram a estudar a associação dos comportamentos infantis e os níveis de cortisol dos bebês com idade de seis a oito meses divididos em grupos pré termo e a termo. O procedimento contou com uma versão modificada do FFSF, os autores inseriram o quarto episódio de *Still Face* e o quinto episódio de reunião, totalizando dois episódios de *Still Face* e três de interação. Os resultados obtidos apontaram que as associações entre os comportamentos infantis e os níveis de cortisol são diferentes para os bebês do grupo pré-termo e a termo. Os comportamentos dos bebês também foram influenciados pelo efeito *Still Face*. As respostas positivas diminuíram no episódio dois (primeiro *Still Face*), tiveram maior média no episódio três (primeira reunião) do que no episódio quatro (segundo *Still Face*), cujas médias de comportamentos negativos foram maiores.

Gunning et al. (2013) investigaram 122 díades de mães e bebês divididos em grupo de mães com alto índice de adversidades psicossociais e baixo índice de adversidades psicossociais do Reino Unido. Investigando as associações entre a sensibilidade materna, a irritabilidade dos bebês e os níveis de adversidade social das mães os autores encontraram que o alto índice de sensibilidade materna está associado à frequência média alta nos comportamentos de regulação do bebê no episódio de *Still Face*. Além disso, a desregulação dos bebês diminui do episódio um para o dois e aumenta do episódio dois para o três, indicando o efeito *Still Face*.

Weinberg e Tronick (1996) investigaram as reações do bebê no procedimento FFSF de 50 díades mãe-bebê com idade de seis meses, em Boston. Os achados revelaram que os bebês reagem de maneira negativa ao episódio dois, enquanto que no episódio três eles emitiram comportamentos positivos e negativos.

Richter e Reck (2013) se propuseram a investigar como fatores de risco psicossociais influenciam a habilidade de regulação de bebês com idade de três e quatro meses, na Alemanha. A amostra foi composta por 57 mães e bebês, os sintomas de ansiedade foram identificados pelo IDATE e a interação foi filmada através do paradigma *Face-to-face Still Face*. Os bebês de mães ansiosas apresentaram mais problemas nos comportamentos de regulação durante o *Still Face*, apresentando mais choro e vocalizações de protesto.

A literatura apresenta os resultados sobre o desenvolvimento dos bebês e seus comportamentos interativos sob a influência de variáveis emocionais maternas. Os resultados encontrados ainda são incipientes e contraditórios. Há que se ressaltar a variedade de instrumentos para analisar a saúde emocional materna, assim como para avaliar a interação mãe-bebê. Tais dados reforçam a necessidade de estudos que avaliem a saúde emocional materna enquanto um fator de risco para a interação da díade, especificamente sobre o comportamento interativo infantil, considerando os possíveis desdobramentos no desenvolvimento da criança. Utilizar um paradigma que altere deliberadamente o curso da

interação mãe-bebê, criando um contexto de privação da mesma, pode auxiliar na avaliação do modo como mães e bebês reagem a diferentes situações.

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

Descrever o índice de depressão pós-parto, ansiedade e estresse de mães de bebês com três a cinco meses de idade;

Comparar os comportamentos interativos de bebês dos Grupos 1 (filhos de mães sem indicadores emocionais clínicos) e 2 (filhos de mães com indicadores emocionais clínicos), em cada um dos três episódios do paradigma do *Face-to-Face-Still-Face*;

Comparar comportamentos interativos do bebê entre os três episódios, para cada um dos grupos de bebês.

3. MÉTODO

A pesquisa em questão constitui um estudo descritivo observacional. Foram tomadas todas medidas devidas em pesquisa com humanos. A pesquisa em questão foi parte do projeto “Variáveis Maternas e do Bebê: Correlação entre Interação e Desenvolvimento Infantil” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sob o processo de nº 11187/46/01/12.

3.1. Participantes

Participaram da pesquisa uma amostra de 47 mães e bebês com idade de três a cinco meses. Delas, 40 mães e seus bebês participavam do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que ocorre no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UNESP Bauru. Esse serviço tem por objetivo avaliar o desenvolvimento dos bebês mensalmente, durante todo o primeiro ano de vida, identificando

possíveis déficits no desenvolvimento da criança. Com base nessa avaliação, os pais são orientados sobre o desenvolvimento de seu bebê. Além disso, o projeto também dedica esforços à saúde materna, considerando sua realidade social, familiar e cultural.

Sete mães e seus bebês da amostra foram identificadas no Programa de Estimulação Essencial, da SORRI-BAURU, Centro Especializado em Reabilitação que atende pessoas com deficiências e necessidades especiais residentes em Bauru e região. O serviço citado atende crianças com idade de zero a cinco anos, porém participaram da pesquisa apenas mães e seus bebês com idade de três a cinco meses que estavam sendo atendidos no programa.

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos dos bebês. Com relação à idade dos bebês, mais da metade (53,2%) tinham quatro meses, 12,7% estavam com três meses e 34,1% com cinco meses, sendo que a idade média das crianças foi de 4,21 meses (DP=0,65). A maioria dos bebês não apresentaram qualquer tipo de condição de risco (78,7%), no entanto, 17,1 % dos bebês da amostra eram prematuros e 4,2% tinham mães adolescentes.

Tabela 1. Características dos bebês que participaram da pesquisa.

	n=47	%
Idade do bebê		
3 meses	06	12,7
4 meses	25	53,2
5 meses	16	34,1
Sexo		
Feminino	22	46,8
Masculino	25	53,2
Condição de risco		
Sem condição de risco	37	78,7
Prematuridade	8	17,1
Mãe adolescente	2	4,2

Sobre as variáveis maternas e da família, a idade média das mães foi de 28,9, variando entre 17 e 39 anos, conforme mostra a Tabela 2. A maioria das mães (61,7%) apresentou ensino médio completo, 34% apresentou ensino superior completo e apenas 4,3% tinha o fundamental completo. 85% das mães e seus bebês residiam com o pai do bebê e outros filhos, 6,4% com a família de origem dela e 8,5% tinham família estendida. Podemos observar também que mais

de 19% das mães apresentaram algum tipo de complicação durante a gestação, como diabetes gestacional, hipertensão e ameaça de aborto, descritos na tabela como saúde ruim. Por fim, a maioria (72,34%) das mães passaram pelo processo cirúrgico da cesariana e 27,66 % delas deram à luz de forma natural.

Tabela 2. Variáveis maternas e da família.

	n=47	%
Idade da mãe		
Até 25 anos	13	27,6
26 a 32 anos	21	44,8
33 anos ou mais	13	27,6
Escolaridade da mãe		
Ensino Fundamental Completo	2	4,3
Ensino Médio Completo	29	61,7
Ensino Superior Completo	16	34,0
Tipo de família		
Nuclear	40	85,1
Mãe e bebê com família de origem dela	3	6,4
Estendida	4	8,5
Saúde da mãe durante a gestação		
Boa	38	80,85
Ruim	09	19,15
Via de Nascimento		
Natural	13	27,66
Cesárea	34	72,34

3.2. Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, aplicada na ocasião do primeiro atendimento do projeto “Acompanhamento de desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”. No caso das mães e bebês do Programa de Estimulação Essencial da SORRI, a entrevista sociodemográfica foi aplicada no mesmo dia agendado para a realização da filmagem e aplicação dos instrumentos.

Para a avaliação dos indicadores depressão pós-parto foi utilizada a “Escala de Edinburgh” (Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh – EPDS) (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987, validada para a população brasileira por SANTOS, 1995). É um instrumento de auto registro, composto por dez questões relativas aos sintomas comuns de

depressão. As respostas são organizadas numa escala tipo Likert, nas quais a mãe assinalou a frequência que melhor descreve o modo como tem se sentido na última semana.

Para avaliar os indicadores de ansiedade materna foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia as variáveis traço e estado de ansiedade. A primeira faz parte das diferenças individuais e é particularmente estável, se referindo à maneira de reagir do indivíduo frente a situações vistas como ameaçadoras. A segunda, a ansiedade-estado, é uma condição emocional transitória caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão. (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Esse instrumento foi elaborado por Spielberger et al. (1970) e validado por Biaggio e Natalício (1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens, que possibilitam a avaliação dos dois constructos (traço e estado). Os escores podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que a baixa pontuação indica baixo nível de ansiedade e a alta, o oposto.

Para avaliar os indicadores de estresse parental foi utilizado o Índice de Stress Parental-Forma Curta (PSI-4-SF), constituído por 36 questões cujas respostas são ajustadas a uma escala do tipo Likert: concordo completamente (1), concordo (2), não tenho certeza (3), discordo (4) e discordo completamente (5). Elas são divididas em três domínios, sendo o primeiro deles denominado “Angústia dos pais” (PD), que determina o nível de angústia que a mãe experimenta em seu papel de mãe, em função de fatores pessoais que estão diretamente relacionados com a parentalidade. O outro domínio compreende a “Disfuncionalidade na interação mãe-filho” (P-CDI), o qual foca a percepção materna de que a criança não atinge as expectativas de sua mãe e no fato das interações com a criança não reforçarem o seu papel como mãe. O terceiro domínio, denominado “Criança difícil” incide sobre algumas das características comportamentais básicas das crianças que são tomadas como fáceis ou difíceis de administrá-las. O estresse total corresponde a uma identificação do nível geral de estresse de um indivíduo, sendo que sua pontuação reflete o estresse relatado nos três domínios acima citados (ABIDIN,

2012).

A interação mãe-bebê foi filmada de acordo com procedimento experimental *Face-to-Face Still Face* (FFSF) (TRONICK et al., 1978). Os comportamentos interativos do bebê foram analisados a partir de uma adaptação do Sistema de Codificação e de Análise dos Comportamentos Infantis Expressos no *Still-Face* (FUERTES, 2005). Este sistema considera três categorias dos comportamentos interativos do bebê: 1) orientação social positiva (olhar para o rosto do adulto, olhar para o corpo do adulto, sorrir, alcançar o adulto e emitir vocalizações positivas/neutras); 2) orientação social negativa (emitir expressões faciais negativas; emitir vocalizações de protesto, escapar, arquear-se, empurrar e chorar) e, 3) regulação (explorar o ambiente visualmente, fechar os olhos, levar mãos à boca, emitir comportamentos de bloqueio, levar objetos à boca, tocar objetos próximos, apertar as mãos uma contra a outra e balançar-se).

As adaptações realizadas referem-se à inserção de um comportamento na categoria orientação social positiva (agitação motora positiva), dois em orientação social negativa (afastar o olhar do rosto da mãe e apresentar agitação excessiva) e um em regulação (tocar em objetos próximos, como roupa ou partes da cadeirinha). As definições operacionais de cada comportamento são apresentadas no Quadro 2 (CHIODELLI, 2016).

Quadro 2. Definições operacionais das categorias e comportamentos interativos do bebê.

Orientação Social Positiva	<p>Olhar para o rosto do adulto: considera-se que o bebê está olhando para o rosto do adulto mesmo que este esteja de lado ou quando o bebê se dirige para uma zona específica do rosto como o queixo ou a boca.</p> <p>Olhar para o corpo do adulto: quando o bebê observa as mãos ou o tronco, peito da mãe.</p> <p>Sorrir: considera-se desde um esboço de sorriso até uma gargalhada.</p> <p>Alcançar o adulto: considera-se quando o bebê estende uma ou as duas mãos, ou um ou dois pés, para o adulto (e só para o adulto). Não requer contato físico e nem necessita que a criança esteja olhando para o adulto (pode ser cotado mesmo que o bebê afaste o olhar do adulto).</p> <p>Emitir vocalizações neutras ou positivas: inclui fala do bebê, murmúrios e sons neutros.</p> <p>Apresentar agitação motora positiva: o bebê balança braços e pernas acompanhado de olhar em direção à mãe, com sorrisos ou expressão facial positiva.</p>
Orientação Social Negativa	<p>Emitir vocalizações de protesto: Inclui sons em tom negativo ou de protesto.</p> <p>Escapar: o bebê tenta se afastar do adulto voltando-se ou rodando. Os ombros e o tronco devem estar virados para a direção oposta ao adulto. A cabeça do bebê deve estar virada para o lado ou para cima, ou olhar noutra direção. Os braços estão usualmente vergados, ou na direção da cabeça. As costas podem estar arqueadas.</p> <p>Arquear: os ombros estão juntos à cadeira e o dorso está para a frente. Não há rotação dos ombros ou do tronco. Os braços estão habitualmente para baixo, embora possam estar elevados.</p> <p>Empurrar: o bebê empurra o corpo, as mãos ou a cabeça da mãe.</p> <p>Chorar: o choro deve ser declarado.</p> <p>Afastar o olhar do rosto da mãe: o bebê afasta o olhar do adulto sem olhar ou focar em nenhum objeto.</p> <p>Apresentar expressão facial negativa: o bebê franze a testa, faz biquinho, demonstra desagrado facial.</p> <p>Apresentar agitação excessiva: movimentação de braços e pernas acompanhado de expressão facial negativa.</p>
Regulação	<p>Explorar o ambiente visualmente: o bebê afasta o olhar do adulto e foca em objetos ou pessoas do ambiente, inclui a exploração visual.</p> <p>Fechar os olhos: o bebê fecha os olhos em situações sem choro.</p> <p>Levar a mão à boca: o bebê suga a sua mão e leva-a à boca ou a leva à boca sem sugar.</p> <p>Colocar objetos à boca: o bebê leva à boca coisas que não partes do seu corpo, como uma peça de roupa ou partes da cadeirinha.</p> <p>Emitir comportamentos de bloqueio: trazer as mãos a frente da cabeça, esfregando-a ou não.</p> <p>Apertar as mãos uma contra a outra.</p> <p>Balançar-se: para trás e para a frente, ou para os lados. Devem ser observados pelo menos dois movimentos seguidos.</p> <p>Tocar em objetos próximos - o bebê toca em partes do seu corpo, roupa, partes da cadeira.</p>

Para o registro de vídeos simultâneos foram utilizadas duas filmadoras digitais, dois tripés e uma cadeira infantil de alimentação, a qual foi adaptada (retirada da mesa de alimentação) para que a mãe tivesse acesso ao seu bebê sem qualquer obstáculo. Depois da aplicação, os vídeos foram sincronizados com a utilização do software Sony Vegas Pro 13.2.

3.3. Procedimento de Coleta de Dados

Os bebês foram identificados pelos prontuários de atendimento de cada um dos serviços (CPA e SORRI-BAURU) de acordo com sua idade (três, quatro ou cinco meses). Em ocasião do atendimento do bebê, as mães eram convidadas a participar da pesquisa, logo depois de explicitados os objetivos do estudo, o procedimento e sigilo dos dados coletados. Considerando o aceite da mãe do projeto “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, a coleta era agendada de acordo o atendimento para a avaliação do desenvolvimento do bebê. No Programa de Estimulação Precoce, da SORRI-Bauru, o horário para a coleta de dados era definido considerando os intervalos entre as consultas de outros profissionais. Nos dois contextos as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), conforme previsto nas condições éticas de realização da pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP (Processo 11187/46/01/12, Anexo 3).

Posteriormente, a entrevista semiestruturada era aplicada pela pesquisadora e logo após as mães responderam aos instrumentos (EPDS, IDATE e PSI) em situação individual. Em seguida, as mães foram orientadas quanto ao procedimento de filmagem baseada no paradigma experimental *Face-to-Face Still Face* (FFSF) e a interação com o bebê foi filmada. O registro da interação mãe-bebê foi realizado a partir de três episódios. O bebê permanecia sentado na cadeira de alimentação, posicionado em frente a outra cadeira, na qual a mãe sentava-se, possibilitando a interação face a face da díade. Uma das câmeras ficava direcionada para a mãe e outra para o bebê. A pesquisadora ficava em um canto da sala, onde não era possível ser vista pela díade. A filmagem tinha duração de até nove minutos, divididos em três episódios de até três minutos cada. Os episódios poderiam durar até três minutos ou, caso o bebê emitisse respostas que sinalizavam desconforto (choro de até quinze segundos), o episódio era encerrado antecipadamente. No primeiro episódio, as mães interagiram com seus respectivos bebês da

maneira mais natural possível. No segundo episódio, as mães eram previamente orientadas a não interagir com os bebês, a partir de um sinal da pesquisadora. Apenas mantinham o olhar direcionado às crianças e a face inexpressivas. Ao final do segundo episódio, a mãe voltava a interagir normalmente com o bebê. O tempo entre um episódio e outro foi controlado pela pesquisadora e convencionou-se um estímulo sonoro (toque na mesa) para sinalizar a mudança de episódio.

3.4. Procedimento de Análise dos Dados

Os valores atribuídos pelas participantes para cada item da EPDS foram somados. De acordo com o critério utilizado por Santos (1995), mães que somam a partir de 12 pontos apresentam indicativos de sintomas de um distúrbio depressivo de intensidade variável. Tanto para os indicadores de Ansiedade-Traço quanto para os de Ansiedade-Estado, avaliados pelo IDATE, foi utilizado o critério de corte igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de ansiedade clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira, amparados pelos estudos de pesquisadores que utilizaram este mesmo critério para definir ansiedade clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008).

No PSI as respostas foram corrigidas de forma inversa, ou seja, se a mãe atribuiu “concordo completamente” para determinada questão, soma-se cinco pontos e assim por diante. A pontuação pode ser convertida em percentil. Os percentis entre zero e 15% significam ausência de estresse, entre 16 e 84% significam estresse normal, entre 85 e 90% estresse alto e acima de 90% estresse clinicamente significativo (ABIDIN, 2012). A amostra foi dividida em dois grupos, sendo o grupo um composto por mães que não apresentaram sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e estresse, enquanto o grupo dois, composto por mães que apresentaram sintomas de depressão pós-parto e/ou ansiedade e/ou estresse.

Para o presente estudo, utilizou-se uma divisão de intervalos de cinco segundos, para o registro da frequência dos comportamentos previstos nas três categorias, durante os três episódios, totalizando 108 intervalos, 36 por episódio (CHIODELLI, 2016). Ao final da cotação de cada episódio, caso houvesse diferença na quantidade de intervalos (algumas ocorrências poderiam tornar os episódios mais curtos, como o choro do bebê), as frequências seriam ponderadas em razão do número de intervalos analisados (número de comportamentos observados, divididos pelo número de intervalos registrados e multiplicado pelo número de intervalos esperados – 36 por episódio). Em todos os bebês avaliados foram observados o mesmo número de intervalos.

Com relação à interação mãe-bebê, cada vídeo foi assistido três vezes pela mesma observadora. Assistia-se primeiro o vídeo inteiro. Em seguida, a observadora ficava sob controle dos comportamentos infantis nos três episódios, depois mudava o controle para os comportamentos maternos. A concordância dos dados entre observadores independentes foi realizada a partir da análise de correlação intraclassa entre as observações de 12 dos vídeos realizadas pela pesquisadora e um observador independente, treinado para cotar os dados. A Tabela 3 apresenta os valores do coeficiente de correlação intraclassa de cada categoria para os comportamentos maternos, considerando a frequência total e cada episódio. Observa-se que todas ficaram acima de 80%, significando um bom índice de concordância.

Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação intraclasse para as categorias de comportamentos interativos do bebê e maternas, entre observadores independentes.

Comportamentos interativos do bebê	Coefficiente de correlação intraclasse
Orientação Social Positiva 1º episódio	0,81
Orientação Social Positiva 2º episódio	0,88
Orientação Social Positiva 3º episódio	0,90
Orientação Social Positiva Total	0,88
Orientação Social Negativa 1º episódio	0,96
Orientação Social Negativa 2º episódio	0,95
Orientação Social Negativa 3º episódio	0,82
Orientação Social Negativa Total	0,91
Regulação 1º episódio	0,95
Regulação 2º episódio	0,97
Regulação 3º episódio	0,89
Regulação Total	0,95

Os dados obtidos no estudo foram submetidos a análises estatísticas realizadas por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21. O teste de normalidade de Shapiro Wilk mostrou que a amostra desse estudo era normal ($p > 0,05$), indicando que, para a comparação das frequências médias, o teste mais adequado para as análises estatísticas seria o teste *t* de *Student*, que foi utilizado para este estudo.

4. RESULTADOS

A Tabela 4 expõe os resultados das mães da amostra com relação aos indicadores emocionais clínicos a partir da aplicação da EPDS, IDATE e PSI. Para depressão pós-parto foram encontradas oito mães (17%) com indicadores clínicos para depressão pós-parto. Também foi encontrado que oito delas (17%) apresentaram indicadores para ansiedade-estado e 13 (27,66%) para ansiedade-traço. Com relação ao estresse, mais de 89% das mães não apresentaram nenhum indicador de sintoma de estresse total, 8,5% indicaram indicadores de estresse em angústia dos pais e 2,12% para criança difícil.

Para esse estudo a amostra de bebês será separada a partir dos indicadores de suas respectivas mães, sendo o Grupo 1 (G1) (n=29) de mães sem indicadores emocionais clínicos e o G2 (n=18) de mães com indicadores emocionais clínicos, considerando a depressão pós-parto, a ansiedade e estresse. Houve comorbidade entre os sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e estresse em duas mães da amostra e entre os sintomas de depressão pós-parto e ansiedade em sete mães da amostra.

Tabela 4. Indicadores emocionais da amostra de mães.

Indicadores Emocionais de mães de bebês	N=47	%
Não clínicos G1	29	61,70
Clínicos G2	18	38,30

A Tabela 5 mostra os resultados da comparação das médias do grupo de bebês filhos de mães sem indicadores emocionais clínicos (G1) e com indicadores clínicos (G2) no episódio 1. Não foram observadas diferenças significativas entre os comportamentos dos bebês de G1 e G2 neste episódio. No entanto, serão enfatizados alguns resultados considerando somente as médias apresentadas pelos grupos. Em Orientação Social Positiva, observou-se que, dos seis comportamentos avaliados, em quatro (66,66%) G1 teve média maior, inclusive a média total dos comportamentos de interação positivos. Em Orientação Social Negativa, dos oito comportamentos avaliados, em seis G2 teve médias mais altas, inclusive a média do total de comportamentos interativos negativos. Em Regulação, dos oito comportamentos avaliados, o G2 apresentou média maior em quatro deles e no total.

Tabela 5. Média e desvio padrão dos comportamentos do bebê e análise comparativa entre os bebês G1 e G2 no Episódio 1.

Comportamentos interativos do bebê	G1		G2		
Orientação Social Positiva					
	Média	DP	Média	DP	P*
Olhar para o rosto do adulto	20,24	10,83	24,94	9,14	0,119
Olhar para o corpo do adulto	16,71	9,16	11,66	8,57	0,064
Sorrir	7,54	7,63	0,77	5,10	0,608
Alcançar o adulto	1,27	2,05	2,00	4,20	0,504
Emitir vocalizações neutras ou positivas	7,44	5,11	6,66	6,82	0,681
Apresentar agitação motora positiva	3,17	4,82	2,55	4,52	0,659
Total orientação social positiva	55,43	19,36	54,61	21,34	0,885
Orientação Social Negativa					
Emitir vocalizações de protesto	3,35	5,53	6,27	7,79	0,176
Escapar	2,70	4,21	5,94	7,27	0,590
Arquear	0,21	0,49	0,22	0,54	0,941
Empurrar	0,58	1,54	0,88	2,02	0,595
Chorar	1,12	3,98	0,05	0,23	0,162
Afastar o olhar do rosto da mãe	0,67	1,92	1,11	2,24	0,501
Apresentar expressão facial negativa	2,68	4,62	2,33	3,10	0,758
Apresentar agitação excessiva	1,03	2,35	1,44	2,74	0,606
Total orientação social negativa	12,38	18,21	18,27	21,26	0,336
Regulação					
Explorar o ambiente visualmente	12,60	8,93	15,94	9,73	0,246
Fechar os olhos	0,45	0,82	0,22	0,54	0,278
Levar a mão à boca	1,78	4,45	2,88	5,16	0,458
Colocar objetos à boca	2,04	6,98	1,11	2,67	0,520
Emitir comportamentos de bloqueio	0,83	1,39	0,89	1,84	0,921
Apertar as mãos uma contra a outra	0,79	2,36	0,77	1,47	0,978
Balançar-se	0,14	0,78	0,00	0,00	0,326
Tocar em objetos próximos	11,55	11,06	13,22	11,04	0,617
Total regulação	30,20	17,67	35,05	17,60	0,365

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

A Tabela 6 expõe os resultados das comparações das médias de emissão de comportamentos entre G1 e G2 no episódio dois, no qual ocorre o *Face-to-Face Still Face*. Assim como no episódio um, não houveram diferenças significativas entre as médias dos comportamentos dos bebês nos dois grupos.

Alguns comportamentos podem ser enfatizados em virtude apenas das médias apresentadas. Dentre os seis comportamentos avaliados em Orientação Social Positiva, G1 apresentou médias maiores que G2 em quatro (66,66%) deles. O total de comportamentos Sociais Positivos de G1 também apresentou frequências médias maiores que G2.

Nos oito comportamentos de Orientação Social Negativa, G2 apresentou médias maiores em quatro deles e no total de comportamentos Sociais Negativos. Dentre os oito comportamentos de regulação, G2 mostrou frequências médias maiores em quatro deles e no total de comportamentos de regulação.

Tabela 6. Média e desvio padrão dos comportamentos do bebê e análise comparativa entre os bebês G1 e G2 no episódio dois (*face to face still face*).

Comportamentos interativos do bebê	G1		G2		
Orientação Social Positiva					
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	P*
Olhar para o rosto do adulto	18,67	10,11	17,49	10,28	0,702
Olhar para o corpo do adulto	4,55	8,38	5,83	7,65	0,597
Sorrir	1,87	3,14	1,44	2,50	0,605
Alcançar o adulto	0,13	0,43	0,22	0,54	0,581
Emitir vocalizações neutras ou positivas	5,72	6,13	4,29	5,48	0,411
Apresentar agitação motora positiva	4,24	7,09	4,00	6,20	0,900
Total orientação social positiva	35,53	19,54	33,28	16,93	0,679
Orientação Social Negativa					
Emitir vocalizações de protesto	12,06	11,34	13,79	11,50	0,617
Escapar	8,92	7,01	11,09	9,24	0,399
Arquear	0,48	1,30	1,27	2,34	0,207
Empurrar	1,73	4,11	1,66	3,54	0,952
Chorar	0,20	0,81	0,00	0,00	0,184
Afastar o olhar do rosto da mãe	5,13	8,15	4,17	6,18	0,652
Apresentar expressão facial negativa	3,63	4,45	4,82	6,55	0,501
Apresentar agitação excessiva	5,13	7,64	4,78	5,08	0,851
Total orientação social negativa	37,31	29,85	41,61	32,52	0,652
Regulação					
Explorar o ambiente visualmente	18,54	9,88	19,52	10,74	0,756
Fechar os olhos	0,85	2,55	0,37	1,01	0,378
Levar a mão à boca	2,54	5,17	2,63	4,05	0,945
Colocar objetos à boca	3,00	7,75	1,92	3,38	0,517
Emitir comportamentos de bloqueio	2,00	3,41	2,16	5,14	0,911
Apertar as mãos uma contra a outra	1,60	3,48	1,21	2,43	0,652
Balançar-se	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Tocar em objetos próximos	19,57	11,20	24,29	11,23	0,169
Total regulação	47,66	17,18	52,13	19,83	0,455

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

A Tabela 7 apresenta os resultados das comparações entre as médias de emissão dos comportamentos de G1 e G2 no episódio três. Houve diferença significativa ($p = 0,042$) em orientação social negativa, no comportamento “empurrar”, no qual a média de G1 foi de 1,69 e de G2 de 0,22.

É possível destacar outras médias que diferem, porém não significativamente. Em Orientação Social Positiva, G2 emitiu frequências médias maiores em quatro dos seis

comportamentos analisados e ainda obteve maior média no total de comportamentos sociais positivos. Enquanto que nos comportamentos de orientação social negativa, G1 emitiu frequências de médias maiores em todos os oito comportamentos avaliados pela classe, conseqüentemente o total de comportamentos negativos também foi maior para G1. Em regulação, dentre os oito comportamentos avaliados, G1 emitiu maiores médias em quatro deles e no total de comportamentos de regulação.

Tabela 7. Média e desvio padrão dos comportamentos do bebê e análise comparativa entre os bebês G1 e G2 no episódio três.

Comportamentos interativos do bebê	G1		G2		
Orientação Social Positiva					
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	P*
Olhar para o rosto do adulto	19,89	10,27	18,84	11,38	0,752
Olhar para o corpo do adulto	13,70	9,82	13,09	11,74	0,854
Sorrir	5,05	6,22	6,15	6,42	0,567
Alcançar o adulto	1,15	2,76	1,89	4,17	0,512
Emitir vocalizações neutras ou positivas	4,87	5,27	6,00	8,01	0,600
Apresentar agitação motora positiva	3,01	5,03	4,59	7,75	0,448
Total orientação social positiva	47,40	24,21	50,58	30,35	0,709
Orientação Social Negativa					
Emitir vocalizações de protesto	13,98	12,24	8,84	12,66	0,180
Escapar	8,04	7,43	5,32	7,00	0,213
Arquear	0,56	2,02	0,42	1,19	0,769
Empurrar	1,69	3,62	0,22	0,73	0,042
Chorar	1,00	3,23	0,21	0,52	0,210
Afastar o olhar do rosto da mãe	7,70	11,28	3,90	7,42	0,171
Apresentar expressão facial negativa	4,10	6,31	3,49	4,15	0,689
Apresentar agitação excessiva	2,01	4,27	2,25	6,41	0,890
Total orientação social negativa	39,12	31,06	24,69	35,12	0,162
Regulação					
Explorar ambiente visualmente	9,58	10,97	10,67	10,35	0,735
Fechar os olhos	0,65	1,83	0,16	0,70	0,206
Levar a mão à boca	1,22	2,93	0,88	1,85	0,626
Colocar objetos à boca	1,67	5,97	0,66	2,37	0,424
Emitir comportamentos de bloqueio	2,05	5,30	0,22	0,73	0,770
Apertar as mãos uma contra a outra	0,48	1,92	0,65	1,24	0,722
Balançar-se	0,00	0,00	0,05	0,23	0,331
Tocar em objetos próximos	8,43	9,01	9,21	11,01	0,802
Total regulação	24,11	18,67	22,53	21,25	0,797

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

Análises foram feitas comparando-se, para cada grupo (G1 e G2) os comportamentos interativos dos bebês entre os episódios. Considerou-se os comportamentos de Orientação Social Positiva, Negativa e de Regulação para os dois grupos, comparando as frequências médias entre os episódios, conforme mostra a Tabela 8. Para os bebês de G1 o comportamento de Orientação Social Positiva diminuiu significativamente do episódio um para o três e aumentou significativamente do episódio dois para o três. Em Orientação Social Negativa os comportamentos aumentaram significativamente de frequência do episódio um para o dois e do um para o três. Permaneceram equivalentes do episódio dois para o três. O comportamento de Regulação aumentou significativamente do episódio um para o dois e diminuiu significativamente do dois para o três. Permaneceram semelhantes do 1 para o 3.

Para G2 o comportamento de Orientação Social Positiva diminuiu significativamente do episódio um para o três e aumentou significativamente do episódio dois para o três. Em Orientação Social Negativa os comportamentos aumentaram significativamente de frequência do episódio um para o dois, permaneceram equivalentes do um para o três e do dois para o três. O comportamento de Regulação aumentou significativamente do episódio um para o dois, diminuiu significativamente do um para o três e do dois para o três.

Tabela 8. Análise comparativa a partir da média e desvio padrão dos comportamentos interativos totais dos bebês de G1 e G2 nos Episódios 1, 2 e 3.

Comportamentos interativos dos bebês	Episódio1 x Episódio2			Episódio1 x Episódio3			Episódio2 x Episódio 3		
	Média1 (DP)	Média2 (DP)	P*	Média1 (DP)	Média3 (DP)	P*	Média2 (DP)	Média3 (DP)	P*
G1									
Orientação social positiva	55,43 (19,36)	35,53 (19,54)	0,000	55,43 (19,36)	47,40 (24,21)	0,061	35,53 (19,54)	47,40 (24,21)	0,021
Orientação social negativa	12,38 (18,21)	37,31 (29,85)	0,000	12,38 (18,21)	39,12 (31,06)	0,000	37,31 (29,85)	39,12 (31,06)	0,758
Regulação	30,20 (17,67)	47,86 (17,18)	0,000	30,20 (17,67)	24,11 (18,67)	0,095	47,86 (17,18)	24,11 (18,67)	0,000
G2									
Orientação social positiva	54,61 (21,34)	33,28 (16,93)	0,000	54,61 (21,34)	50,58 (30,35)	0,627	33,28 (16,93)	50,58 (30,35)	0,012
Orientação social negativa	18,27 (21,16)	41,61 (32,52)	0,003	18,27 (21,16)	24,69 (35,12)	0,461	41,61 (32,52)	24,69 (35,12)	0,057
Regulação	35,05 (17,60)	52,13 (19,83)	0,001	35,05 (17,60)	22,53 (21,25)	0,023	52,13 (19,83)	22,53 (21,25)	0,000

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

As tabelas a seguir se referem aos comportamentos específicos que compuseram as grandes categorias de comportamentos interativos. A Tabela 9 apresenta as médias e desvio padrão de cada um dos comportamentos dos bebês emitidos durante os três episódios para o grupo de bebês filhos de mães com indicadores emocionais não clínicos, G1. Podemos observar, também, a comparação das médias entre os episódios um, dois e três para G1, resultadas do teste *t* de Student.

Em Orientação Social Positiva observou-se que diminuíram significativamente do episódio um para o dois e aumentaram significativamente do dois para o três, os comportamentos de *Olhar para o corpo do adulto* e de *Sorrir*. O comportamento de *Alcançar o adulto* também diminuiu do episódio um para o dois significativamente, assim como aumentou do dois para o três, porém não significativamente. Os comportamentos de *Olhar para o rosto do adulto*, com alta frequência (média de 19 comportamentos nos três episódios) e

Agitação motora, com baixa frequência (média de 3,5 comportamentos nos três episódios) mantiveram-se com frequência semelhante nos três episódios.

Em Orientação Social Negativa observou-se que os comportamentos de *Emitir vocalização de protesto*, *Tentar escapar* e *Afastar o olhar do rosto da mãe* aumentaram do episódio um para o dois e do um para o três, mas mantiveram-se do dois para o três. Os comportamentos de *Arquear o corpo e empurrar*, *Chorar* e *Apresentar expressão social negativa*, mostraram-se sem diferenças significativas entre os episódios, mas em baixa frequência. O comportamento *Apresentar agitação excessiva* aumentou significativamente do episódio um para o dois, mas manteve-se equivalente do um para o três e do dois para o três.

Nos comportamentos de regulação foi possível observar diferença significativa entre os episódios um e dois, que aumentaram em frequência e entre os episódios dois e três, que diminuíram em frequência para os comportamentos: *Explorar o ambiente visualmente* e *Tocar em objetos próximos*. Todos se apresentaram em frequência semelhante do episódio um para o três. Os comportamentos *Fechar os olhos*, *Levar à mão à boca*, *Colocar objetos na boca*, *Apertar uma mão contra a outra*, *Balançar-se* e *Emitir comportamentos de bloqueio* mantiveram-se com frequência média semelhante aos longo dos três episódios.

Tabela 9. Média e desvio padrão dos comportamentos interativos dos bebês de G1 nos episódios 1, 2 e 3 e análise comparativa dos mesmos. (DP= Desvio padrão)

Comportamentos interativos dos bebês	Episódio1 x Episódio2			Episódio1 x Episódio3			Episódio2 x Episódio 3		
	Média1 (DP)	Média2 (DP)	P*	Média1 (DP)	Média3 (DP)	P*	Média2 (DP)	Média3 (DP)	P*
Orientação Social Positiva									
Olhar para o rosto do adulto	20,25 (10,83)	18,68 (10,11)	0,419	20,25 (10,83)	19,90 (10,27)	0,785	18,68 (10,11)	19,90 (10,27)	0,557
Olhar para o corpo do adulto	16,71 (9,16)	4,55 (8,38)	0,000	16,71 (9,16)	13,70 (9,82)	0,128	4,55 (8,38)	13,70 (9,82)	0,000
Sorrir	7,54 (7,63)	1,87 (3,14)	0,000	7,54 (7,63)	5,04 (6,22)	0,088	1,87 (3,14)	5,04 (6,22)	0,008
Alcançar o adulto	1,27 (2,05)	0,13 (0,43)	0,003	1,27 (2,05)	1,15 (2,76)	0,821	0,13 (0,43)	1,15 (2,76)	0,066
Emitir vocalizações neutras ou positivas	7,44 (5,11)	5,72 (6,13)	0,944	7,44 (5,11)	4,87 (5,27)	0,006	5,72 (6,13)	4,87 (5,27)	0,486
Apresentar agitação motora positiva	3,17 (4,82)	4,24 (7,09)	0,480	3,17 (4,82)	3,01 (5,03)	0,881	4,24 (7,09)	3,01 (5,03)	0,365
Orientação Social Negativa									
Emitir vocalizações de protesto	3,35 (5,53)	12,06 (11,34)	0,000	3,35 (5,53)	13,98 (12,24)	0,000	12,06 (11,34)	13,98 (12,24)	0,342
Escapar	2,70 (4,21)	8,92 (7,01)	0,000	2,70 (4,21)	8,04 (7,43)	0,001	8,92 (7,01)	8,04 (7,43)	0,604
Arquear	0,21 (0,49)	0,48 (1,30)	0,270	0,21 (0,49)	0,56 (2,02)	0,372	0,48 (1,30)	0,56 (2,02)	0,868
Empurrar	0,58 (1,54)	1,73 (4,11)	0,171	0,58 (1,54)	1,69 (3,62)	0,107	1,73 (4,11)	1,69 (3,62)	0,946
Chorar	1,12 (3,98)	0,20 (0,81)	0,235	1,12 (3,98)	1,00 (3,23)	0,891	0,20 (0,81)	1,00 (3,23)	0,110
Afastar o olhar do rosto da mãe	0,67 (1,92)	5,13 (8,15)	0,002	0,67 (1,92)	7,70 (11,26)	0,001	5,13 (8,15)	7,70 (11,26)	0,147
Apresentar expressão facial negativa	2,68 (4,62)	3,63 (4,45)	0,346	2,68 (4,62)	4,10 (6,31)	0,238	3,63 (4,45)	4,10 (6,31)	0,670
Apresentar agitação excessiva	1,03 (2,35)	5,13 (7,64)	0,009	1,03 (2,35)	2,01 (4,27)	0,260	5,13 (7,64)	2,01 (4,27)	0,071
Regulação									
Explorar o ambiente visualmente	12,59 (8,93)	18,54 (9,88)	0,003	12,59 (8,93)	9,58 (10,97)	0,111	18,54 (9,88)	9,58 (10,97)	0,000
Fechar os olhos	0,44 (0,87)	0,85 (2,55)	0,340	0,44 (0,87)	0,65 (1,83)	0,586	0,85 (2,55)	0,65 (1,83)	0,721
Levar a mão à boca	1,78 (4,45)	2,54 (5,17)	0,458	1,78 (4,45)	1,22 (2,93)	0,507	2,54 (5,17)	1,22 (2,93)	0,115
Colocar objetos à boca	2,04 (6,98)	3,00 (7,75)	0,279	2,04 (6,98)	1,67 (5,97)	0,409	3,00 (7,75)	1,67 (5,97)	0,112
Emitir comportamentos de bloqueio	0,83 (1,39)	2,00 (3,41)	0,054	0,83 (1,39)	2,05 (5,30)	0,237	2,00 (3,41)	2,05 (5,30)	0,960
Apertar as mãos uma contra a outra	0,79 (2,39)	1,60 (3,48)	0,291	0,79 (2,39)	0,48 (1,92)	0,577	1,60 (3,48)	0,48 (1,92)	0,250
Balançar-se	0,14 (0,78)	0,00 (0,00)	0,326	0,14 (0,78)	0,00 (0,00)	0,326	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-
Tocar em objetos próximos	11,55 (11,06)	19,57 (11,20)	0,002	11,55 (11,06)	8,43 (9,01)	0,121	19,57 (11,20)	8,43 (9,01)	0,000

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

A Tabela 10 apresenta os resultados das médias e desvio padrão dos comportamentos interativos dos bebês filhos de mães com indicadores emocionais clínicos G2 nos episódios um, dois e três. Na classe de comportamentos sociais positivos, os comportamentos de *Olhar para o corpo do adulto e de Sorrir* diminuíram significativamente do episódio um para o dois e aumentaram significativamente do episódio dois para o três, mas, mantiveram-se em frequência média semelhante do episódio um para o três. Os comportamentos de *Olhar para o rosto do adulto e de Alcançar o adulto* diminuíram significativamente do episódio um para o dois, mas mantiveram-se com frequência semelhante do episódio um para o três e do dois para o três. Para os comportamentos de *Emitir vocalizações positivas e de Apresentar agitação motora positiva* observou-se desempenho semelhantes nos três episódios.

Em Orientação Social Negativa, os bebês de G2 apresentaram aumento significativo do comportamento de *Escapar* do episódio um para o dois e diminuição significativa do episódio dois para o três, mantendo frequência média equivalente do episódio um para o três. Os comportamentos de *Emitir vocalizações de protesto, Afastar o olhar do rosto da mãe e Apresentar agitação excessiva* aumentaram significativamente do episódio um para o dois. Nos demais episódios as frequências médias foram equivalentes. Os comportamentos de *Arquear o corpo, Empurrar, Chorar e Apresentar expressões negativas* não tiveram alteração de frequências médias significativas entre os episódios.

Em Regulação, foi possível observar que a frequência média diminuiu significativamente nos comportamentos *Explorar o ambiente visualmente e Levar a mão à boca*, entre os episódios dois e três. A frequência entre os episódios um e dois e um e três foram equivalentes. Para o comportamento de *Tocar em objetos* observou-se que a frequência média aumentou significativamente do episódio um para o dois e diminuiu do dois para o três. A diferença entre os episódios um e três não foi significativa. Os comportamentos de *Fechar os*

olhos, Colocar objetos na boca, Emitir comportamentos de bloqueio, Apertar uma mão na outra e Balançar-se não apresentaram médias significativamente diferentes entre os episódios.

Tabela 10. Média e desvio padrão dos comportamentos interativos dos bebês de G2 nos episódios um, dois e três e análise comparativa dos mesmos. (DP= Desvio padrão)

Comportamentos interativos do bebê	Episódio1 x Episódio2			Episódio1 x Episódio3			Episódio2 x Episódio 3		
	Média1 (DP)	Média2 (DP)	P*	Média1 (DP)	Média3 (DP)	P*	Média2 (DP)	Média3 (DP)	P*
Orientação Social Positiva									
Olhar para o rosto do adulto	24,94 (9,14)	17,49 (10,28)	0,000	24,94 (9,14)	18,84 (11,38)	0,080	17,49 (10,28)	18,84 (11,38)	0,645
Olhar para o corpo do adulto	11,66 (8,57)	5,83 (7,65)	0,005	11,66 (8,57)	13,09 (11,74)	0,610	5,83 (7,65)	13,09 (11,74)	0,005
Sorrir	6,77 (5,10)	1,44 (2,50)	0,000	6,77 (5,10)	6,15 (6,42)	0,731	1,44 (2,50)	6,15 (6,42)	0,002
Alcançar o adulto	2,00 (4,20)	0,22 (0,54)	0,060	2,00 (4,20)	1,89 (4,17)	0,936	0,22 (0,54)	1,89 (4,17)	0,109
Emitir vocalizações neutras ou positivas	6,66 (6,82)	4,29 (5,48)	0,143	6,66 (6,82)	6,00 (8,01)	0,752	4,29 (5,48)	6,00 (8,01)	0,280
Apresentar agitação motora positiva	2,55 (4,52)	4,00 (6,20)	0,216	2,55 (4,52)	4,59 (7,75)	0,353	4,00 (6,20)	4,59 (7,75)	0,782
Orientação Social Negativa									
Emitir vocalizações de protesto	6,27 (7,79)	13,79 (11,50)	0,005	6,27 (7,79)	8,84 (12,66)	0,436	13,79 (11,50)	8,84 (12,66)	0,160
Escapar	5,94 (7,27)	11,09 (9,24)	0,022	5,94 (7,27)	5,32 (7,00)	0,798	11,09 (9,24)	5,32 (7,00)	0,005
Arquear	0,22 (0,54)	1,27 (2,34)	0,084	0,22 (0,54)	0,42 (1,19)	0,540	1,27 (2,34)	0,42 (1,19)	0,071
Empurrar	0,88 (2,02)	1,66 (3,54)	0,245	0,88 (2,02)	0,22 (0,73)	0,187	1,66 (3,54)	0,22 (0,73)	0,106
Chorar	0,05 (0,23)	0,00 (0,00)	0,331	0,05 (0,23)	0,21 (0,52)	0,272	0,00 (0,00)	0,21 (0,52)	0,100
Afastar o olhar do rosto da mãe	1,11 (2,24)	4,17 (6,18)	0,034	1,11 (2,24)	3,90 (7,42)	0,134	4,17 (6,18)	3,90 (7,42)	0,908
Apresentar expressão facial negativa	2,33 (3,10)	4,82 (6,55)	0,127	2,33 (3,10)	3,49 (4,15)	0,083	4,82 (6,55)	3,49 (4,15)	0,301
Apresentar agitação excessiva	1,44 (2,74)	4,78 (5,08)	0,005	1,44 (2,74)	2,25 (6,41)	0,585	4,78 (5,08)	2,25 (6,41)	0,099
Regulação									
Explorar o ambiente visualmente	15,94 (9,73)	19,52 (10,74)	0,104	15,94 (9,73)	10,67 (10,35)	0,068	19,52 (10,74)	10,67 (10,35)	0,002
Fechar os olhos	0,22 (0,54)	0,37 (1,01)	0,571	0,22 (0,54)	0,16 (0,70)	0,749	0,37 (1,01)	0,16 (0,70)	0,391
Levar a mão à boca	2,88 (5,16)	2,63 (4,05)	0,864	2,88 (5,16)	0,88 (1,85)	0,090	2,63 (4,05)	0,88 (1,85)	0,051
Colocar objetos à boca	1,11 (2,67)	1,92 (3,38)	0,324	1,11 (2,67)	0,66 (2,37)	0,617	1,92 (3,38)	0,66 (2,37)	0,225
Emitir comportamentos de bloqueio	0,88 (1,84)	2,16 (5,14)	0,325	0,88 (1,84)	0,22 (0,73)	0,180	2,16 (5,14)	0,22 (0,73)	0,139
Apertar as mãos uma contra a outra	0,77 (1,47)	1,21 (2,43)	0,502	0,77 (1,47)	0,65 (1,24)	0,761	1,21 (2,43)	0,65 (1,24)	0,193
Balançar-se	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	-	0,00 (0,00)	0,05 (0,23)	0,331	0,00 (0,00)	0,05 (0,23)	0,331
Tocar em objetos próximos	13,22 (11,04)	24,29 (11,23)	0,001	13,22 (11,04)	9,21 (11,01)	0,171	24,29 (11,23)	9,21 (11,01)	0,000

*nível de significância ($p < 0,05$) (Teste *t* de Student)

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos na EPDS mostraram que 17% das mães da amostra obtiveram pontuação para indicadores de depressão pós-parto em nível clínico. Esse resultado coincide com uma pesquisa (KONRADT et al., 2011) que obteve prevalência de 16% de indicadores para depressão pós-parto e distoia de outras (LUCCI, 2013; SERVILHA; BUSSAB, 2015), que também utilizaram a EPDS e encontraram porcentagens maiores de mães com indicadores para depressão pós-parto (26,7% e 37,5%). Os indicadores de ansiedade traço e estado, avaliados por meio do IDATE, mostraram prevalência menor, nessa amostra de mães (17% para ansiedade-estado e 26,66% para ansiedade-traço) do que resultados encontrados por Grant, McMahon e Austin (2008) (33% para ansiedade estado e 26% para ansiedade traço) ou de Pereira et al. (2014) (25% para ansiedade-estado e 18,8% para ansiedade-traço). Observou-se nos dois estudos, que diferente deste, o índice de ansiedade-estado era menor que o índice de ansiedade-traço. Quanto a prevalência do estresse os dados obtidos neste estudo (8,5%) ficaram próximos dos encontrados por Alves (2015) e muito aquém dos obtidos por Seah e Morawska (2016), que encontraram 23,4% de mães com estresse e Lehr et al. (2016), que encontraram 17,6% do total de mães com estresse, utilizando o PSI como instrumento de rastreio. Uma hipótese para os resultados obtidos pelo PSI é que ele analisa especificamente os indicadores de estresse advindos da presença da criança difícil e de uma interação trabalhosa com ela. No presente estudo os bebês não eram de alto risco, como os bebês do estudo de Alves (2015). Todavia, há na cultura brasileira, uma alta expectativa de que as mães aceitem seus filhos e, falar do trabalho que dão não é bem visto nesta sociedade. Quando as questões do instrumento de avaliação de estresse não são especificamente dirigidas a questões familiares ou dos filhos, as mães apresentam taxas mais altas de estresse, como os encontrados por Lipp (2004) que indicou prevalência de sintomas de estresse em 41% da sua amostra, assim como Rodrigues e Nogueira (2016) que encontraram 68% de estresse entre as mães do seu estudo.

A comparação entre os bebês de G1 e G2 permitiu analisar o impacto da saúde emocional da mãe sobre os comportamentos infantis. No primeiro e segundo episódio, os bebês de mães sem indicadores emocionais emitiram mais comportamentos positivos que os bebês de G2, sem apresentarem diferenças significativas. O estudo de Felipe (2009) indicou que os bebês de mães sem indicadores de DPP emitiram mais comportamentos de vocalização, sorrir e olhar para a mãe. Esses dados corroboram os resultados obtidos no presente estudo, à medida que durante o episódio um, os bebês de G1 (grupo de mães sem indicadores emocionais) emitem em maior média os comportamentos *Olhar para o corpo do adulto, Sorrir e Emitir vocalizações neutras ou positivas*, enquanto no episódio dois eles emitem em maior média os comportamentos *Olhar para o rosto do adulto, Sorrir e Emitir vocalizações neutras ou positivas*. Em consonância com esses resultados, Dib (2016) observou que bebês de mães com sintomas de DPP interagiram menos em comparação ao grupo controle.

Tanto no episódio um, quanto no episódio dois, os bebês de G2 emitiram mais comportamentos de orientação social negativa, confirmando a hipótese de que bebês de mães com indicadores emocionais tendem a lidar com estímulos aversivos de forma mais negativa. Ritcher e Reck (2013) obtiveram dados semelhantes com relação ao episódio de *Still Face*, os bebês de mães ansiosas emitiram mais comportamentos de choro e vocalizações de protesto durante o episódio de *Still Face*. Tanto no episódio de jogo livre quanto no episódio de *Still Face*, os bebês de G2 emitiram mais comportamentos negativos. Alvarenga e Palma (2013) também destacaram em seu estudo maior resistência ao contato materno por parte de bebês de mães com sintomas depressivos. Já os resultados de Reeb-Sutherland e Vieites (2017) demonstraram que os bebês de mães com sintomas de depressão pós-parto emitiram menos comportamentos de orientação social negativa durante o episódio de *Still Face*, enquanto que os bebês de mães sem sintomas de DPP apresentaram o típico aumento das respostas negativas no segundo episódio, em contradição então com os achados desse estudo.

Em contrapartida, os comportamentos de Regulação dos bebês de G2 foram mais frequentes no episódio um e dois em comparação aos bebês de G1, constituindo um fator protetivo à essas crianças já que, segundo Calkins e Williford (2009), a regulação emocional é constituída pelas habilidades e estratégias de gerenciar, moldar, inibir e melhorar a ativação emocional, adaptando-as para adequá-las à sociedade. Assim, os bebês de G2 parecem administrar melhor os estímulos aversivos decorrentes da ausência da mãe no episódio de *Still Face*. O episódio três, de reunião da díade, difere dos anteriores já que os bebês de G2 emitiram mais comportamentos de orientação social positiva e os de G1 emitiram mais comportamentos de orientação social negativa e de regulação.

O procedimento de observação envolvendo o *Face-to-Face Still Face* possibilita a observação de comportamentos de organização do bebê durante um período em que a interação materna está ausente e, em seguida como a interação com a mãe é retomada. Neste caso, espera-se que os comportamentos de Orientação Positiva dos bebês diminuam do episódio um para o dois, como aconteceu em ambos os grupos de bebês do presente estudo, cujas diferenças entre os dois primeiros episódios foram significativas em sua totalidade e em comportamentos específicos da classe. A comparação entre os episódios de interação e do *Still Face* também demonstra que os bebês de G1 e de G2 aumentaram significativamente as frequências médias de comportamentos de orientação social negativa e de regulação, tanto para os totais das classes, quanto para alguns dos comportamentos específicos das mesmas, demonstrando que os bebês perceberam a mudança no comportamento materno e reagiram a isso. Os resultados obtidos por Reeb-Sutherland e Vieites (2017) também exibiram diminuição da frequência média dos comportamentos positivos dos bebês e aumento da emissão de comportamentos negativos e de regulação. Outro fenômeno esperado com a utilização do FFSF é a retomada dos comportamentos positivos e diminuição dos negativos e de regulação do episódio dois para o três. Significativamente, os bebês de ambos os grupos aumentaram a frequência média de

comportamentos positivos, entre os episódios de *Still Face* e reunião, ao passo que os comportamentos de regulação diminuíram significativamente entre esses episódios. O efeito *Still Face* que é caracterizado pela diminuição de comportamentos positivos e o aumento de negativos do episódio um para o dois e a retomada parcial das respostas positivas no episódio três (ADAMSON; FRICK, 2003; MESMAN et al., 2009; TRONICK et al., 1978) é bastante observado nos estudos que utilizam o *Face-to-Face Still Face* (ERICKSON et al., 2013; GUNNING et al., 2013; WEINBERG; TRONICK, 1996) a exemplo dos resultados obtidos nesse estudo. Mesman et al. (2009), analisando muitos estudos que utilizaram esse procedimento afirmou que os bebês, geralmente, retomam rapidamente o afeto positivo no episódio três, no entanto a recuperação total da frequência média das respostas positivas apresentadas no episódio um podem levar mais tempo. Observa-se que o G1 teve mais dificuldade para retomar os comportamentos positivos, apresentando aumento dos comportamentos de orientação negativa quando comparados os episódios um e três, assim como os comportamentos emitidos pelos bebês do estudo de Weinberg e Tronick (1996), que apresentaram comportamentos positivos e negativos durante o episódio de reunião. Os bebês de G1 apresentaram menos comportamentos desta natureza no episódio três, quando comparado ao episódio um. Portanto, independente se são filhos ou não de mães com indicadores clínicos para saúde emocional, os bebês dos dois grupos reagiram à ausência da mãe, mas conseguiram retomar a interação com sucesso.

A mesma lógica se aplica aos comportamentos que compõem as classes de comportamento estudadas: Orientação Social Positiva, Negativa e Regulação. Do episódio um para o episódio dois, os bebês de G1 diminuíram significativamente três comportamentos de orientação social positiva (*Olhar para o corpo do adulto, Sorrir e Alcançar o corpo do adulto*), enquanto que os bebês de G2 diminuíram significativamente quatro desses comportamentos (*Olhar para o rosto do adulto, Olhar para o corpo do adulto, Sorrir e Alcançar o corpo do*

adulto). A retomada após o período de *Still Face* foi mais eficiente para G2 que aumentou a frequência média em todos os comportamentos positivos, sendo que em dois deles houve aumento significativo (*Olhar para o corpo do adulto, Sorrir*), enquanto que para G1 observou-se aumento em quatro desses comportamentos (*Olhar para o rosto do adulto, Olhar para o corpo do adulto, Sorrir e Alcançar o corpo do adulto*) e em dois deles (*Olhar para o corpo do adulto, Sorrir*), o aumento significativo.

Considerando os comportamentos que compõem a classe dos comportamentos de Orientação Social Negativa, do episódio um para o dois, tanto os bebês de G1, quanto os de G2 aumentaram a emissão de sete (*Emitir vocalizações de protesto, Escapar, Arquear, Empurrar, Afastar o olhar do rosto da mãe, Apresentar expressão facial negativa e Apresentar agitação excessiva*) dos oito comportamentos negativos, sendo que houve aumento significativo para quatro deles (*Emitir vocalizações de protesto, Escapar, Afastar o olhar do rosto da mãe, Apresentar agitação excessiva*). Quanto à diminuição dessas respostas depois do episódio de *Still Face*, observou-se que G1 diminuiu a emissão para quatro (*Escapar, Empurrar, Afastar o olhar do rosto da mãe e Apresentar agitação excessiva*) dos oito comportamentos negativos, todavia, nenhuma das diferenças foi significativa. Observou-se que para G2 houve diminuição de sete (*Emitir vocalizações de protesto, Escapar, Arquear, Empurrar, Afastar o olhar do rosto da mãe, Apresentar expressão facial negativa e Apresentar agitação excessiva*) dos oito comportamentos, sendo que para um deles a diferença foi significativa (*Escapar*). Os dados sugerem que os bebês de mães sem indicadores clínicos emocionais apresentam dificuldade em diminuir a frequência dos comportamentos de Orientação Social Negativa após o *Still Face*.

Dos oito comportamentos que compõem a classe de comportamentos de Regulação, os bebês de G1 aumentaram em frequência média em sete deles (*Explorar o ambiente visualmente, Fechar os olhos, Levar mão à boca, Colocar objetos na boca, Emitir comportamentos de bloqueio, Apertar as mãos uma contra a outra, Tocar em objetos próximos*) do episódio um

para o dois, sendo que houve aumento significativo para dois deles (*Explorar o ambiente visualmente, Tocar em objetos próximos*). G2 aumentou a frequência de seis dos comportamentos de regulação (*Explorar o ambiente visualmente, Fechar os olhos, Levar mão à boca, Emitir comportamentos de bloqueio, Apertar as mãos uma contra a outra, Tocar em objetos próximos*) do episódio um para o dois, sendo significativo para um deles (*Tocar em objetos próximos*). Quanto à expectativa de diminuir a frequência do episódio dois para o três, os bebês de G1 diminuíram a emissão de todos os comportamentos de regulação no episódio de reunião das díades, com diferença significativa para dois deles (*Explorar o ambiente visualmente e Tocar em objetos próximos*). Os bebês de G2 diminuíram sete comportamentos de regulação (*Explorar o ambiente visualmente, Fechar os olhos, Levar mão à boca, Colocar objetos na boca, Emitir comportamentos de bloqueio, Apertar as mãos uma contra a outra, Tocar em objetos próximos*), três deles com diferença significativa (*Explorar o ambiente visualmente, Levar mão à boca e Tocar em objetos próximos*). A partir desses resultados é possível associar os estudos de Calkins e Williford (2009), que caracteriza a regulação emocional como habilidades e estratégias que gerenciam, moldam, inibem e melhoram a ativação emocional, adaptando-as para adequá-las à sociedade. Os comportamentos de regulação aparecem em maiores médias durante o episódio dois, no qual é apresentado ao bebê um estímulo aversivo, que seria a ausência da mãe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho investigou os comportamentos interativos dos bebês sob à luz da saúde emocional materna. Os resultados encontrados apontaram que durante o episódio um e dois, os indicadores emocionais maternos podem ter influenciado os comportamentos interativos dos bebês, à medida que observando as frequências médias, os bebês de G1 emitiram mais respostas positivas, ao passo que os bebês de G2 emitiram mais comportamentos negativos

nos referidos episódios. No entanto, a interação mãe-bebê é envolvida por muitas variáveis, além das emocionais maternas, sendo assim as alterações comportamentais da díade podem ser decorrentes de diferentes origens. Os bebês de G2 também apresentaram maiores médias nos comportamentos de regulação, o que denota que eles gerenciam os estímulos aversivos decorrentes da ausência da mãe no episódio de *Still Face* de melhor forma em comparação com os bebês de G1. Uma hipótese possível a esse dado relaciona-se à questão de que esses bebês experienciam mais a ausência da mãe nas interações cotidianas com ela.

A comparação das frequências médias por episódio mostrou que os bebês de ambos os grupos sofreram o efeito *Still Face* ao diminuírem a emissão de comportamentos positivos no episódio dois, aumentarem a emissão de comportamentos negativos e de regulação e retomarem parcialmente as médias de comportamentos positivos no episódio de reunião. A frequência média de respostas negativas de G1 aumentou no último episódio, o que pode significar que os bebês de G1 podem ter tido maior dificuldade na retomada dos comportamentos no episódio três, tendo sofrido mais o efeito *Still Face* em comparação a G2.

Para confirmar as hipóteses apresentadas, no entanto, são necessários mais estudos que controlem algumas variáveis passíveis de influenciar a interação da díade, a fim de investigar as origens das interações comportamentais do bebê. A amostra de bebês estudada apresenta oito bebês com prematuridade como condição de risco, uma variável que pode influenciar os comportamentos dos bebês. Dessa forma, para futuros estudos, essa variável poderia ser isolada a fim de não contaminar os resultados obtidos. Além disso, uma amostra maior ofereceria resultados mais significativos e representativos. Apesar disso, os dados obtidos nesse trabalho podem nortear intervenções para a saúde emocional materna e as interações mãe-bebê nessa perspectiva, já que, em consonância com outros trabalhos, encontrou alterações comportamentais em bebês de mães com indicadores clínicos, o que pode originar riscos ao desenvolvimento da criança.

7. CONCLUSÕES GERAIS

O presente trabalho identificou os índices de depressão pós-parto de mães de bebês com idade entre três e cinco meses; comparou os comportamentos interativos maternos e dos bebês de mães com indicadores emocionais clínicos e sem indicadores emocionais clínicos; e comparou os comportamentos interativos maternos e dos bebês entre os episódios do FFSF. Deve-se considerar, no entanto, que as alterações comportamentais na interação mãe-bebê são multifatoriais. Na comparação entre grupos, notou-se que os bebês de G1 emitiram mais comportamentos positivos, enquanto que os bebês de G2 emitiram mais comportamentos de Orientação Social Negativa, durante os dois primeiros episódios. Os bebês de G2 também apresentaram maiores médias nos comportamentos de regulação, o que denota que eles gerenciam os estímulos aversivos decorrentes da ausência da mãe no episódio de *Still Face* de melhor forma em comparação com os bebês de G1. Com relação aos comportamentos interativos maternos, as mães sem indicadores emocionais clínicos interagiram mais com seus bebês, tanto positiva, quanto negativamente. Além disso, as mães com indicadores emocionais clínicos apresentaram maior dificuldade em retomar a interação pós FFSF do que mães sem os indicadores. Os dados sugerem que o efeito *Still Face* afeta mais as mães de G2.

Na comparação entre episódios, os bebês de ambos os grupos sofreram o efeito *Still Face*, ao diminuírem a emissão de comportamentos positivos no episódio dois, aumentarem a emissão de comportamentos negativos e de regulação e retomarem parcialmente as médias de comportamentos positivos no episódio de reunião. A frequência média de respostas negativas de G1 aumentou no último episódio, o que pode significar que os bebês de G1 podem ter tido maior dificuldade na retomada dos comportamentos no episódio três, tendo sofrido mais o efeito *Still Face* em comparação a G2. Além disso, foi observado que ambos os grupos de mães interagiram mais durante o episódio um e retomaram parcialmente a interação no episódio três, enfatizando a maior dificuldade nessa retomada pelas mães de G2.

Para confirmar os resultados apresentados, no entanto, são necessários mais estudos que controlem algumas variáveis passíveis de influenciar a interação da díade, como a prematuridade de alguns bebês da amostra. Além disso, os resultados se referem a uma pequena amostra, sendo necessários estudos que abranjam amostras maiores para obter resultados mais representativos e fidedignos, confirmando ou não os achados desse trabalho. A amostra de mães também apresentou baixo índice de indicadores emocionais, números abaixo do que outros estudos geralmente expõem. Essa diferença pode ser decorrente de instrumentos de avaliação ou de variáveis da própria amostra, que são de mães de bebês típicos, na sua maioria, que aceitam participar de um projeto que se propõe a monitorar o desenvolvimento de seus bebês durante o primeiro ano de vida. Deve-se levar em conta, também, a questão do instrumento de avaliação da interação. A filmagem e observação, apontam Lotzin et al. (2015) são as ferramentas mais confiáveis para a avaliação da interação, no entanto, impõem um obstáculo à naturalidade dos comportamentos maternos, apesar de todos os esforços dispendidos para que a díade se sinta à vontade. Ao estarem cientes da gravação daquele momento, as mães podem alterar suas respostas, por timidez ou intimidação que a situação pode acarretar. Além disso, a divisão do trabalho em estudos voltados para os comportamentos maternos e do bebê visou enfatizar os comportamentos da mãe frente às variáveis emocionais e ao FFSF, os quais, em muitos estudos ficam em detrimento dos comportamentos do bebê. No entanto, sabe-se que, em virtude dessa separação, perdeu-se um pouco da visão bidirecional da interação mãe-bebê. Para estudos posteriores, sugere-se correlacionar também os comportamentos da mãe com os comportamentos do bebê.

Com base nisso, novos estudos que abarquem as lacunas dessa pesquisa e confirmem esses resultados são de extrema importância para saúde emocional materna e desenvolvimento infantil. Uma visão mais analítica sobre os comportamentos interativos maternos e do bebê,

como esse estudo se propôs a fazer, pode embasar intervenções, a fim de orientar as mães para uma interação mais adequada e estimuladora com seus bebês.

8. REFERÊNCIAS

- ABIDIN R. R. Parenting Stress Index. 4 ed. **Lutz**, Florida: PAR., 2012.
- ADAMSOM, L.B.; FRICK, J.E. The still face: a history of shared experimental paradigm. **Infancy**. v. 4, n. 4, p. 451-473, 2003.
- AGOSTINI, F.; NERI, E.; DELLABARTOLA, S.; BIASINI, A.; MONTI, F. Early interactive behaviours in preterm infants and their mothers: influences of maternal depressive symptomatology and neonatal birth weight. **Infant Behavior and Development**, v. 37, n.1, p. 86-93, 2014.
- AIROSA, S.; SILVA, I. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade, **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64-77, 2013.
- ALFAYA, C.; LOPES, R.C.S.; PRADO, L.C. O comportamento exploratório de bebês e o comportamento de mães com indicadores de depressão no contexto da psicoterapia breve mãe-bebê: um olhar objetivo e subjetivo. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, 2006.
- 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.
- ALVES, G.M.A.N.; **Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento**. Dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Bauru, 2015.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p.43-54, 2006.
- ARAVENA, V. E. J.; FIERRO, E. H. Nivel de estres de las madres com recién nacidos hospitalizados en La unidad de cuidados intensivos neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepcion, **Ciencia y Enfermería**, v.8, n.1, p.31-36, 2002.
- BARROSO, S. M.; MELO, A.; GUIMARAES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 503-514, June 2015.
- BECK, C. T. Postpartum depression: A metasynthesis. **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 4, p. 453-472, 2002.
- BELTRAMI, L., de MORAES, A. B., & de SOUZA, A. P. R. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**. v. 25, n. 2, p. 229-239, 2013.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALICIO, L. (1979). Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: **Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA**, 1979.

BRAND, S. R.; BRENNAN, P. A. Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 52, n.3, p. 441-455, 2009.

BROUWERS, E.P.M.; VAN BAAR, A.L.; POP, V.J.M. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. **Infant Behavior & Development**, v.24, p.95–106, 2001.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 107, n. 10, p. 1194-1201, 2000.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B. de; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.

CALKINS, S. D.; WILLIFORD, A.P. Taming the terrible twos: Self-regulation and school readiness. In BARBARIN, O.; WASIK, B.H. **Handbook of child development an early education** (p. 172-198), New York: Guilford Press, 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: Revisão de literatura. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 06. 2011

CARLESSO, J.P.P.; SOUZA, A.P.R.; MORAES, A.B. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC.** v.16, n.2, 2014

CARVALHO, F.A., MORAIS, M.L.S. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: **Revisão Sistemática da Literatura, PSICO (RS)**, v. 45, n. 4, p. 463-474, out.-dez. 2014

CAVALCANTE, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 17, n. 2, p. 2-12, 1997.

CHIODELLI, T. Temperamento e Prematuridade: Influências sobre a interação mãe-bebê. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Bauru,2016.

CONDE, A.; FIGUEIREDO, B. Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. **Psiquiatria Clínica**, v.24, n.3, p.197-209, 2003.

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2007.

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

CRUZ, E.B.S., SIMÕES, G.L., FAISAL-CURY. A Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.**; v.27, n.4, p. 181-8, 2005

DEAL, L. W.; HOLT, V. L. Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. **American Journal of Public Health**, v. 88, n. 2, p. 266-270, 1998.

DIB, E.P. **Interação mãe-bebê: implicações da ansiedade e depressão materna crônica**. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Botucatu. 2016.

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**, v. 5, n. 2, p. 167-184, 2003.

DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION). **Proposed DSM-5 organizational structure and disorders names**. Disponível em: <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>), 2013.

EDHBORG, M. et al. The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. **Archives of women's mental health**, v.6, n.3, p. 211-216, 2003.

ERICKSON, S.J. et al. Differential associations between infant affective and cortisol responses during the Still Face paradigm among infants born very low birth weight versus full-term. **Infant Behavior and Development**, v. 36, n. 3, p. 359-368, 2013.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n.3, p.171-178, 2006.

FARIA, A.; FUERTES, M. Reatividade infantil e a qualidade da interação mãe-filho. **Análise Psicológica**, v. 4, n. XXV, p. 613-623, 2007.

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

FERREIRA, C. L.; ALMONDES, K. M.; BRAGA, L. P.; MATA, A. N. S.; LEMOS, C. A.; MAIA, E. M. C. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n.3, p.973-981, 2009

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

FIELD, T. Depressed mothers and their infants. In: MURRAY L, COOPER P. (Eds.) **Postpartum depression and child development**. New York: Guilford Press; p. 221-36. 1997.

FIELD, T.; ESTROFF, D.; YANDO, R.; DEL VALLE, C.; MALPHURS, J.; HART, S. Depressed mothers's perceptions of infant vulnerability are related to later development. **Child Psychiatry and Human Development**. v.27, n.1, p. 43-53, 1996.

FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. M.; BELTRAMI, L. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-369, 2013.

FONSECA, V.R.J.R.M.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna, **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.26, n.4, p. 738-746, abr. 2010.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

FRIZZO, G.B, PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

FUERTES, M. **Rotas da vinculação: o desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebê prematuro**. 344f. Dissertação de Doutorado – Universidade do Porto, Porto, 2005.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2016. Disponível em: < <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/marco-legal.aspx>> Acesso em 19 de junho de 2017.

GALLER, J. R. et al. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 41, n. 6, p. 747-757, 2000.

GOMIDE, P. I. C; SALVO, C. G.; PINHEIRO, D.; SABBAG, G. Correlação entre práticas educativas, depressão, stress e habilidades sociais. **Revista Psico USF**, v.10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOMIDE, P.I.C. Pais presentes, pais ausentes: Regras e limites. **Vozes**, 2004.

GOULART JR., E.; LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 847-857, 2008.

GRACE, S.L.; EVINDAR, A.; STEWART, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. **Archives of women's mental health**, v. 6, n. 4, p. 263-274, 2003.

GRANT, K.A.; MACMAHON, C.; AUSTIN, M.P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. **Journal of Affective Disorders**. v. 108, p.101–111, 2008.

GRANT, Kerry-Ann et al. Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant mental development. **Early human development**, v. 86, n. 9, p. 551-556, 2010.

GUNNING, M.; HALLIGAN, S. L.; MURRAY, L. Contributions of maternal and infant review. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 18, n. 2, p. 99–132, 2013.

GUSELLA, J. L.; MUIR, D.; TRONICK, E. Z. The effect of manipulating maternal behavior during an interaction on three-and six-month-olds' affect and attention. **Child Development**, p. 1111-1124, 1988.

HART, S.; FIELD, T.; DEL VALLE, C. Depressed mother's interactions with their one year old infants. **Infant Behavior and Development**. v.21, n.3, p.519-25, 1998.

HART, S.; JONES, N.; FIELD, T., LUNDY, B. One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. **Child Psychiatry and Human Development**, v.30, n.2; p.111-20, 1999.

HAY, D. F. et al. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 42, n. 7, p. 871-889, 2001.

JONAS, B.S. et al. Symptoms of anxiety and depression as risk factors for development of asthma. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 4, n. 2, p. 91-110, 1999.

KAITZ, M.; MAYTAL, H. R.; DEYOR, N.; BERGMAN, L.; MANKUTA, D. Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants’ response to challenge. **Infant Behavior and Development**, v. 33, n. 2, p.136-148, 2010.

KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R.; WALTERS, E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.

KINRYS, G; WYGANT, L. E. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. s43-s50, 2005.

KISILEVSKY, B. S. et al. The still-face effect in Chinese and Canadian 3-to 6-month-old infants. **Developmental Psychology**, v. 34, n. 4, p. 629, 1998.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P.H. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. **Artmed**, 2000.

KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria, Rio Grande Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-9, 2011.

KUMAR, R.; ROBSON, K. M.; SMITH, A. M. R. Development of a self-administered questionnaire to measure material adjustment and material attitudes during pregnancy and after delivery. **Journal of psychosomatic research**, v. 28, n. 1, p. 43-51, 1984.

LARA, M. A.; ACEVEDO, M.; BERENZON, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres Female depression viewed from women’s subjectivity. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 818-828, 2004.

LEHR, M. et al. Parenting Stress, Child Characteristics, and Developmental Delay from Birth to Age Five in Teen Mother–Child Dyads. **Journal of Child and Family Studies**, v. 25, n.3, p.1035-1043, 2016.

LIPP, M.E.N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2000.

LIPP, M.E.N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004.

LOTZIN, A. et al. Observational tools for measuring parent-infant interaction: a systematic review. **Clinical child and family psychology review**, v. 18, n. 2, p. 99-132, 2015.

LUCCI, T. K. **Desenvolvimento infantil a partir da perspectiva da psicologia do desenvolvimento evolucionista: um estudo de bebês filhos de mães com depressão pós-parto**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 2013.

MAHL, F.D.; BIAGGIO, E.P.V.; KESSLER, T.M. Ansiedade Materna: presença de risco ao desenvolvimento infantil e reteste da triagem auditiva neonatal. **O mundo da saúde**. v.38, n.4, 2014.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 65-74, 2003.

MESMAN, J. et al. The many faces of the still-face paradigm: a review and meta-analysis. **Developmental Review**, v. 29, n. 2, p. 120-162, 2009.

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

MULLER-NIX, C.; FORCADA-GUEX, M.; PIERREHUMBERT, B.; JAUNIN, L.; BORGHINI, A.; ANSERMET, F. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. **Early human development**, v.79, n.2, 145-158, 2004.

NARDI, C.G.A.; RODRIGUES, O.M.P.R. MELCHIORI, L.E.; SALGADO, M.H.; TAVANO, L.A. Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n.1, p. 129-140, 2015.

NEVES, S. M. M.; VANDENBERGHE, L.; OLIVEIRA, L. H.; SILVA, A. V.; DE OLIVEIRA, K. C.; OLIVEIRA, J. D. S.; VILLANE, M. C. S. O modelo da equivalência de estímulos na análise de distúrbios de ansiedade: os efeitos da história experimental e da qualidade de estímulos em sujeitos ansiosos e não-ansiosos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.1, n.1, p. 57-66, 1999.

NICOL-HARPER, R.; HARVEY, A. G.; STEIN, A. Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. **Infant Behavior and Development**, v.30, n.1, p.161-167, 2007

PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante hospitalização do bebê e após alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo**. Tese de doutorado. Ribeirão Preto, 2005.

PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E.V.; DUARTE, G.; MARTINEZ, F.E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 251-254, 2004.

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 1, p. 64-77, 2014.

PEROSA, G. B.; SILVEIRA, F. C. P.; CANAVEZ, I. C. Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p 29-36, 2008.

PEROSA, G.B., et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 9, p. 433-439, 2009.

PIRES, A. A. P. Determinantes do comportamento parental. **Análise Psicológica**, v. 8, p. 445-452, 1990.

QOBADI, M.; COLLIER, C.; ZHANG, L. The effect of stressful life events on postpartum depression: Findings from the 2009–2011. Mississippi pregnancy risk assessment monitoring system. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. 1, p. 164-172, 2016.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF**, v.16, n.2, p.215-225, 2011.

REEB-SUTHERLAND, B.C.; VIEITES, V. Individual differences in non-clinical maternal depression impact infant affect and behavior during the still-face paradigm across the first year. **Infant Behavior and Development**, v. 47, p. 13-21, 2017.

RIBAS, A.F.P.; RIBAS JÚNIOR, R.C.; VALENTE, A.A. Bem-estar emocional de mães e pais e o exercício do papel parental: uma investigação empírica. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.16, n.3, p.28-38, 2006.

RICE, F.; JONES, I.; THAPAR, A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.115, n.3, p.171-83, 2007.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. **European child & adolescent psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 75-83, 2003.

RITCHER, N.; RECK, C. Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. **Infant Behavior and Development**, v.36, n.4, p.498-506, 2013.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 1, 2016.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, n 9, p.252-257, 2011.

ROMITO, P.; SAUREL-CUBIZOLLES, M.; LELONG, N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 12, p. 1651-1661, 1999.

RUSCHI, G. E. C.; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE E.; LIMA V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista Psiquiátrica**, n. 29, p. 274-80, 2007.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, J. H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 516-2, 2009.

SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, v. 43, n. 5, p. 5-26, 2015.

SANTOS, M. F. S. **Depressão no pós-parto: validação da escala de Edimburgo em puérperas brasileiras**. 119 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia- Instituto de Psicologia, UNB, Brasília, 1995.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N.; MÜLLER, M. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **PsicoUSF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, D.; PICCININI, C. O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.3, p. 403-411, 2003.

SEAH, C. K.; MORAWSKA, A. When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. **Infant mental health journal**, v.37, n.1, p.45-55, 2016.

SEIDL DE MOURA, M.L.; RIBAS, A.F.P.; SEABRA, K.C.; PESSOA, L.F.; RIBAS JR, R.C.; NOGUEIRA, S.E. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SELYE, H. The stress of life. New York: **Mc Graw Hill**; 1956.

SERVILHA, B.; BUSSAB, V.S.R. Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. **Psico**, p. 101-9, 2015.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. Manual for the state-trait anxiety inventory. 1970.

TODA, S.; FOGEL, A. Infant response to the still-face situation at 3 and 6 months. **Developmental Psychology**, v. 29, n. 3, p. 532, 1993.

TOURINHO, E. Z. Eventos privados em uma ciência do comportamento. **Sobre comportamento e cognição**, v. 1, p. 174-187, 1997.

TRONICK, E. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. **Child & Adolescent Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1-13, 1978.

TRONICK, E. Z.; WEINBERG, M. K. (2000). Gender differences and their relation to maternal depression. Em S. JOHNSON; A. HAYES; T. FIELD; N. SCHNEIDERMAN; P. MCCABE (Eds.). **Stress, coping and depression** (pp. 23-34). London: Lawrence.

VAN DEN BERG, B. MULDER, E.; MENNES, M.; GLOVER, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. **A review Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 2, p. 237-258, 2005.

VARÃO, A. S. **Um jogo a dois: interação mãe-bebê e auto-regulação infantil**. 75f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Escola Superior de Educação. 2012.

WARNER, R.; APPLEBY., L.; WHITTON, A. B. S. C.; FARAGHER, B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. **The British Journal of Psychiatry**, v.168, n.5, p. 607-611. 1996.

WEBSTER-STRATTON, C. Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. **Journal of consulting and clinical psychology**, v.66, n.5, p.715, 1998.

WEINBERG, M. K.; TRONICK, E.Z. Infant Affective Reactions to the Resumption of Maternal Interaction after the Still-Face. **Child development**, v. 67, n. 3, p. 905-914, 1996.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

9. ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº: _____, pai (mãe) do(a) menor _____ autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, 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 minha identificação ou do meu(minha) filho(a). 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)

Aplicador: _____

Anexo 2: Escala de Edinburgh (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS)

Nome: _____ . Data de aplicacao: __/__/__

Número do Caso: _____.

EDPS

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Abaixo há um questionário para você responder. Por favor, assinale a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias, lembrando que não há uma resposta correta, apenas deve ser levada em conta a sua opinião pessoal. Obrigada.

1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida menos do que antes
- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti
- Talvez menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Não, de maneira nenhuma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nunca

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- Sim, a maioria das vezes não consigo lidar com eles
- Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
- Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

8. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade de dormir.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Nunca

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que choro

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

10. A ideia de fazer mal a mim mesmo passou pela cabeça

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Muito raramente
- Nenhuma vez

Anexo 3: Parecer Comitê de Ética Unesp Bauru



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 - e-mail: cellart@fc.unesp.br

