

RESSALVA

Atendendo solicitação da autora, o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 18/12/2021.

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

BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS

**Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães
de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional**

Bauru

2020

BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS

**Elaboração e efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico
Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional.**

Tese apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito para obtenção do título em Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Professora Associada Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Bauru

2020

C198e Campos, Bárbara Camila de
Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para
mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional / Bárbara
Camila de Campos. -- Bauru, 2020
131 p. + 1 CD-ROM

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

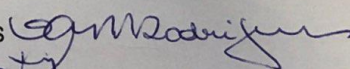
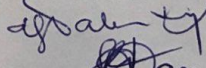
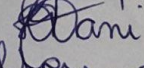
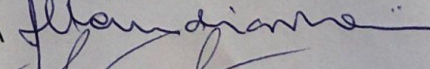
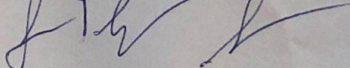
1. Saúde emocional materna. 2. Depressão pós-parto. 3.
Intervenção. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 19 dias do mês de fevereiro do ano de 2020, às 14:00 horas, no(a) Sala 1 da Pós Graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, Profa. Dra. MÔNICA GERALDI VALENTIM do(a) Psicologia / Bem Humano Des. Pessoal, Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI do(a) Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. FABIO LEYSER GONCALVES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de BÁRBARA CAMILA DE CAMPOS, intitulada **Elaboração e efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores de saúde emocional**. 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 PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES 
 Profa. Dra. MÔNICA GERALDI VALENTIM 
 Profa. Dra. FLAVIA HELENA PEREIRA PADOVANI 
 Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA 
 Prof. Dr. FABIO LEYSER GONCALVES 

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradecimentos à minha querida orientadora Olga por toda paciência, confiança e ensinamentos. Obrigada por ser um exemplo de pesquisadora, sempre lembrando que embora essa fosse uma longa e difícil caminhada com reforçadores a longo prazo, eu poderia prestar atenção e identificar muitos outros, menores, a cada dia!

À banca examinadora composta pela Profa. Dra. Mônica Geraldi Valentim, Profa. Dra. Flávia Helena Pereira Padovani, Profa. Dra. Ana Claudia Bortolozzi Maia e Profo. Dr. Fábio Leyser Goncalves pela prontidão, dedicação e compromisso. Suas contribuições foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Em resumo, à todos professores e terapeutas que trouxeram muitos modelos, foram ativos em seu compromisso com a educação e servem de inspiração para essa trajetória.

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

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

Para a minha família, por sempre entenderem que muitos momentos não pude estar presente. Obrigada por todo suporte material e emocional.

Aos meus amigos da psicologia, que colaboraram e compartilharam desse desejo desde o início. Principalmente ao grupo terapêutico da Sala 11 (Tais, Carol e Lu).

RESUMO

Atualmente os estudos sobre as alterações de saúde emocional decorrente do pós-parto, desde a epidemiologia, tratamento e seus efeitos sobre mãe e criança vêm sendo foco de pesquisas. As intervenções psicológicas, com foco no período pós-parto, podem ser um meio eficaz de reduzir o risco de desenvolver transtornos mentais mais graves, como uma opção de tratamento eficaz. Este trabalho pretendeu avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicoterapêutica e educativa pós-natal, com foco na saúde emocional materna. As ações foram divididas em três estudos: o Estudo 1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas, descritivo; o Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos emocionais, um relato de experiência e o Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores clínicos emocionais de mães de bebês, sobre os efeitos da intervenção. O Estudo 1 teve como objetivo identificar associações entre as variações emocionais e variáveis sociodemográficas. A amostra foi composta por 353 mulheres aos três meses do pós-parto, que frequentavam atendimento para acompanhamento de desenvolvimento de seus bebês em duas instituições do interior de São Paulo, que responderam aos seguintes instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), o Índice de Stress Parental (PSI) e a Escala de Estresse Percebido (PSS-10). Os resultados obtidos apontaram que mães do primeiro bebê tinham 0,18 vezes mais chances de apresentarem risco para sintomas de ansiedade no IDATE (estado). Para a dimensão Ansiedade traço a menor condição socioeconômica relacionou-se com 1,821 a mais chances de risco. Para a depressão pós-parto, avaliados pela EPDS, a ausência de planejamento da gestação foi identificada como uma variável que aumenta em 8,62 vezes a chance de risco. O Estudo 2 teve como objetivo elaborar, implementar e avaliar um procedimento de intervenção terapêutica em grupo. Participaram do grupo de intervenção 49 mães com pelo menos um indicador clínico para saúde emocional. Para a avaliação qualitativa foram elaborados e aplicados os Questionários de avaliação do encontro anterior e o Questionário de avaliação das condições gerais da intervenção. O grupo terapêutico consistiu em cinco sessões semanais com 70 minutos cada, divididas em duas partes: Direcionamento da atenção ao momento presente e Psicoeducação e Análise em grupo, liderado por duas facilitadoras com os seguintes temáticas: questões psicofisiológicas; saúde emocional materna; papéis sociais da mulher; recuperando a identidade e relação mãe-bebê. A análise dos relatos gerou quatro eixos: estabelecimento de rede espaço de apoio; Aprendizados a partir do grupo; pontos a melhorar no grupo e sugestões. O Estudo 3 teve como objetivo descrever e comparar resultados obtidos em dois grupos de mulheres com indicadores clínicos para saúde emocional, um exposto a um protocolo de intervenção em grupo e outro não. Inicialmente 112 mulheres foram convidadas para participar da intervenção. Destas, 68 passaram por todas as etapas da intervenção (grupo experimental) e 44 compuseram o grupo controle. As participantes do grupo experimental foram reavaliadas ao final dos encontros e todas foram reavaliadas aos 9 meses do pós-parto, com os mesmos instrumentos de saúde emocional. As características do grupo terapêutico são as mesmas descritas no Estudo 2. As análises estatísticas dos dados dos instrumentos indicaram uma distribuição normal e foram utilizados testes paramétricos. Os resultados da primeira avaliação indicaram diferenças significativas entre o grupo experimental e o controle na EPDS e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI. Para a comparação entre os grupos aos 9 meses observou-se diferenças significativas na EPDS, na dimensão Estado do IDATE e em duas dimensões do PSI, angústia dos pais (AP) e disfuncionalidade na interação mãe-filho, indicando o efeito positivo da intervenção em grupo. A avaliação do grupo de mães que passaram por intervenção, utilizando a ANOVA identificou diferenças estatisticamente

significativas na pontuação na EPDS da primeira para a segunda e terceira avaliação, na dimensão Estado do IDATE. Houve diferença intergrupo e, para o Traço entre a primeira e segunda aplicação. O domínio angústia dos pais (AP) do PSI também teve diferença entre as médias entre as duas primeiras avaliações. Para a percepção do stress (PSS) as médias da primeira avaliação também eram maiores quando comparadas com o segundo e terceiro momento. No grupo controle, a comparação indicou diferença estatisticamente significativas em relação as duas avaliações deste grupo para o estado no IDATE, com diminuição da média na segunda avaliação e no do estresse pelo PSS, com aumento da média no momento da reavaliação. Os resultados relativos ao efeito da intervenção na redução dos sintomas descritos foram significativos para esse tipo de terapia, contribuindo para o aumento das evidências e a importância da oferta de atendimento a essa população.

Palavras-chave: Saúde emocional materna; Depressão pós-parto; Intervenção

ABSTRACT

Currently studies on mood changes resulting from postpartum, since the epidemiology, treatment and its effects on mother and child have been the focus of researches. Psychological interventions, focusing on the postpartum period, can be as effective way to reduce the risk on developing more serious mood disorders, such as an effective treatment option. This work aimed to evaluate the effects of a postnatal psychotherapeutic and educational intervention program, focusing on health maternal emotional. The actions were divided into: Study1: Emotional health on mothers of babies: risk factors associated with sociodemographic variables; Study 2: Elaboration and implementation of an Educational Therapeutic Intervention Program for mothers of babies with clinical emotional health indicators and, Study 3: Effects of a group intervention considering the emotional health indicators on mothers of babies. The Study 1 aimed to identify associations between the health condition with emotional sociodemographic variables. The sample was consisted on 353 women at three months postpartum, who attended attendance to monitor development of their babies in two institutions in the interior of São Paulo, which responded to the following instruments: Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDPE), Trait-State Anxiety Inventory (STAI), the Parental Stress Index (PSI) and the Perceived Stress Scale (PSS-10). The results obtained showed that mothers of the first baby were 0.18 times more likely to be at risk for anxiety symptoms in the STAI (state). For the dimension Anxiety trace the smallest socioeconomic condition was associated with 1.821 more chances of risk. To the postpartum depression, assessed by the EPDS, the absence of pregnancy planning was identified as a variable that increases the risk by 8.62 times. The Study 2 aimed to develop, implement and evaluate the procedure for therapeutic group intervention. 49 mothers participated in the intervention group, with at least one clinical indicator for emotional health. For qualitative evaluation

were applied the Questionnaires elaborated for the previous meeting and also the Questionnaire to assess the general conditions of the intervention. The therapeutic group consisted on five weekly sessions of 70 minutes each, divided into two parts: Directing attention to the present moment and psychoeducation and group analysis, led by two facilitators with the following themes: psychophysiological issues; maternal emotional health; women's social roles; recovering identity and relationship mother-baby. The analysis of the reports generated four axes: establishment of a space network support; Learning from the group; points to improve in

the group and suggestions. The Study 3 aimed to describe and compare results obtained in two groups of women with clinical indicators for emotional health, one exposed to a protocol group intervention and the other was not exposed. Initially 112 women were invited to participate in the intervention. Of these, 68 went through all stages of the intervention (experimental group) and 44 comprised the control group. Group participants experimental were reassessed at the end of the meetings and all were reassessed at 9 months of postpartum, with the same instruments of emotional health. At characteristics of the therapeutic group are the same as described in Study 2. The analyses statistics of the instrument data indicated a normal distribution and were parametric tests were used. The results of the first assessment indicated differences between the experimental group and the control in EPDS and in the dimension dysfunctionality in the PSI mother-child interaction (CI). For the comparison between groups at 9 months, significant differences were observed in EPDS, in the State dimension of the STAI and in two dimensions of the PSI, anguish of the parents (AP) and dysfunction in the mother-child interaction, indicating the positive effect of group intervention. The evaluation on the group of mothers who underwent intervention, using ANOVA identified statistically significant differences in EPDS scores from the first to the second and third evaluation, in the State dimension of IDATE. There was a difference intergroup and, for the Trace between the first and second application. The anguish domain of parents (AP) in the PSI also had a difference between the averages between the first and the second assessments. For the perception of stress (PSS) the averages on the first evaluation also were greater when compared to the second and third moments. In the group control, the comparison indicated statistically significant differences in relation to the two evaluations of this group for the state at IDATE, with a decrease in the average on the second assessment and stress assessment by PSS, with an increase in the mean at the time of revaluation. The results regarding the effect of the intervention in reducing symptoms described were significant for this type of therapy, contributing to the increase in evidence and the importance in providing care to this population.

Keywords: Maternal emotional health; Postnatal depression; Intervention

CAMPOS, B. C. Efeitos de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional, 2020. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2020.

LISTA DE TABELAS

Estudo 1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas

Tabela 1. Caracterização sociodemográficos e de nascimento da amostra total 33

Tabela 2. Quantidade de indicadores na amostra total 34

Tabela 3. Média, desvio padrão e distribuição da frequência absoluta e relativa dos sintomas clínicos e não clínicos nos grupos de mães bebês aos três meses de idade 35

Tabela 4. Comparação das variáveis sociodemográficas e de nascimento nos grupos. 37

Tabela 5. Regressão logística entre os scores na EPDS e IDADE e variáveis sociodemográficas e de nascimento. 39

Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional

Tabela 1. Caracterização e comparação dos dados sociodemográficos e de nascimento da amostra 63

Tabela 2. Quantidade de indicadores no pré e pós teste das participantes 64

Tabela 3. Descrição e análise de variância dos resultados da percepção da saúde emocional a cada sessão 73

Tabela 4. Descrição dos resultados da percepção sobre as análises e emissão de comportamentos alternativos provenientes da exposição da intervenção 74

Tabela 5. Descrição dos resultados da percepção sobre avaliação geral do processo 75

Tabela 6. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 1 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 75

Tabela 7. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 2 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico. 77

Tabela 8. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 3 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 80

Tabela 9. Frequência das Categorias de agrupamento identificados no Eixo 4 do *Questionário de avaliação das condições da intervenção* sobre o processo terapêutico 81

Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores de saúde emocional de mães de bebês

Tabela 1. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas contínuas	105
Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas categóricas	105
Tabela 3. Delineamento para o Grupo Experimental e Controle	110
Tabela 4. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais no pré-teste	113
Tabela 5. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais na reavaliação aos nove meses.	114

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos de saúde emocional

Figura 1: Recrutamento e percurso de seleção da amostra. 62

Quadro 1. Descrição das sessões e dos temas a serem trabalhados, estratégias utilizadas e tarefas. 71

Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores de saúde emocional de mães de bebês

Figura 1: Recrutamento e percurso de seleção da amostra. 104

Sumário

Resumo	4
Lista de Tabelas	9
Lista de Figuras e Quadros	11
Apresentação	13
Introdução geral	16
Estudo 1:	22
Estudo 2:	51
Estudo 3:	89
Considerações gerais	123
Referências gerais	125
Anexos.....	127
Apêndices	131

APRESENTAÇÃO

O Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP de Bauru, conta desde 1999 com o projeto de extensão universitária “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, sob coordenação da Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. O projeto de extensão tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de bebês no primeiro ano de vida e orientar os pais em como estimular o seu desenvolvimento, mês a mês, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. A princípio as avaliações eram realizadas por meio do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) e, nos últimos dois anos, foi substituído pela Escalas de Desenvolvimento Infantil Bayley-III. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, são cadastrados no Banco de Leite Humano, da Secretaria Municipal de Saúde, onde são captados e, por telefone, convidados a participar do projeto. Este projeto de extensão tem subsidiado a implementação de projetos de pesquisa financiados pela FAPESP e CNPq sob forma de auxílios e bolsas de diferentes modalidades (Iniciação Científica, Mestrado, Doutorado e de Pesquisador). Associada a diferentes projetos de pesquisa, a saúde emocional materna tem sido sistematicamente avaliada considerando-a como uma variável importante que pode influenciar o desenvolvimento infantil.

Em 2016 um projeto de pesquisa foi aprovado pela FAPESP com o objetivo de estudar o desenvolvimento infantil e a interação mãe-bebê, associando-os a variáveis como prematuridade e saúde emocional materna. A partir de 2018, uma versão estendida deste projeto, pautada nos princípios da intervenção precoce apenas para bebês nascidos prematuros com atendimento terapêutico às mães, teve início na Associação Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, o projeto “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães” do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), financiado pelo Ministério da Saúde.

Durante minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, campus de Bauru, iniciei meu contato com o referido

projeto de extensão em 2010, como bolsista de extensão, participando da avaliação de bebês e, no ano de 2012, iniciei a coleta de dados do meu projeto de iniciação científica com as mães dos bebês atendidos para investigar depressão pós-parto e práticas de cuidados primários e estimulação. Naquele trabalho foi utilizada a “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” (EPDS) e a “Escala de crenças parentais e práticas de cuidado (E-CPPC) na primeira infância”. Os resultados obtidos em dois anos desse estudo com 132 mães indicaram sintomas para depressão pós-parto em 29,5% da amostra. Com relação às práticas, houve diferenças significativas entre os grupos clínicos e não clínicos na dimensão das práticas de Estimulação, indicando que mães deprimidas podem interagir e estimular menos seus bebês (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Em 2014 iniciei o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru, com um projeto sobre depressão pós-parto e interação mãe-bebê. Os dados de interação foram captados através de filmagens de interação livre, analisados de acordo com o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R) e categorizados. O resultado da dissertação “Variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e a interação entre mães e bebês de quatro a seis meses de idade” (CAMPOS, 2016), em linhas gerais indicou que mães deprimidas tendem a interagir menos do ponto de vista quantitativo e qualitativo com seus bebês.

A partir dessas investigações e observações, surgiram inquietações relacionadas a possibilidades de desdobramentos de intervenções focadas na melhoria de qualidade de vida e prevenção para essa população. Duas possibilidades de estudo surgiram: intervenções baseadas na interação pais-bebê e de cuidados voltados para saúde emocional dessas mulheres.

Concomitante a essas reflexões, no grupo de estudo criado a partir do projeto, começam a ser discutidas as propostas baseadas nos princípios da Intervenção Precoce com a família como foco nas intervenções. Sob orientação da Professora Olga, o presente trabalho tem como

característica a clínica com adultos, mas especificamente a saúde emocional de mulheres no pós-parto, questões que chamaram a minha atenção e foram gentilmente acolhidas pelo grupo.

Optar pelo procedimento de atendimento clínico adulto foi uma escolha incentivada pelo meu interesse na área. Ao longo dessa jornada realizei aprimoramento em Clínica Analítico-Comportamental, workshops vivenciais sobre FAP (Terapia Analítico Funcional), formação em Terapia Comportamental Dialética (DBT) e um grupo de estudos em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), entre outros cursos e congressos. Essa formação de terapeuta contribuiu para o manejo das sessões em grupo e acredito ter sido importante na obtenção dos resultados.

Surge, assim, a presente tese que versa sobre a elaboração, aplicação e avaliação de um Programa de Psicoeducação Analítico-Comportamental em Grupo desenvolvido para mulheres no pós-parto com indicadores de alteração de saúde emocional.

INTRODUÇÃO GERAL

Estudos da Psicologia sobre o desenvolvimento humano têm como base as mudanças progressivas e graduais nas estruturas físicas, neurológicas, comportamentais e cognitivas dos indivíduos durante todo o ciclo vital, com o objetivo de identificar como e quais fatores biológicos e psicossociais influenciam essas mudanças (VASCONCELOS; NAVES; ÁVILA, 2010). Segundo Biglan (2015), os programas de prevenção têm como foco a prevenção de problemas psicológicos, comportamentais e de saúde, e em sua maioria, são direcionados para famílias ou escolas. Levando em conta que a família é o primeiro contexto social em que as crianças estão inseridas, ressalta-se que a boa saúde emocional dos pais, as habilidades educativas parentais e a qualidade da interação entre a mãe ou cuidador com seu bebê geram efeitos para a aprendizagem de comportamentos saudáveis (BIGLAN, 2015; WEIMBERG; TRONIK, 1974).

Os fatores de risco são variáveis ou condições que, probabilisticamente, estão associadas a influências adversas para desenvolvimento, como por exemplo, de comportamentos/acontecimentos que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social. Os fatores de risco dividem-se em: risco biológico e risco ambiental, podendo ocorrer antes, durante e após o nascimento. Os de origem biológica, decorrentes de erros inatos do metabolismo e malformações congênitas: prematuridade, baixo peso ao nascimento, complicações no parto e na gravidez. Já os fatores de risco ambientais, envolvem a interação com o ambiente: experiências adversas de vida ligadas à família como, falta de recursos sociais, conflitos, morte, doença crônica, problemas de saúde mental do cuidador, hospitalizações, divórcio dos pais, separações, violência e maus-tratos (ACHENBACH, 1992; PINHEIRO, 2004).

Por outro lado, os fatores de proteção consistem em aspectos que atenuam, modificam ou melhoram os efeitos negativos do risco, no desenvolvimento e na adaptação. Os fatores de proteção também envolvem os mecanismos de proteção, que são variáveis presentes no ambiente familiar, social ou recursos que o indivíduo, na sua história de vida, aprendeu para se comportar em situações consideradas adversas. Como exemplo, têm-se boa qualidade e estabilidade nas

interações, boa comunicação pais-filhos, coesão, demonstração de reconhecimento e aceitação, estabelecimento de limites, condições socioeconômicas estáveis e apoio social. A principal característica dos fatores de proteção é modificar a resposta do indivíduo à situação de risco (ACHENBACH, 1992; REPPOLD *et al.*, 2002).

Os princípios do Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.080/90, estipulam que o novo modelo de assistência em saúde e saúde mental atenda à população também na prevenção, entendendo o processo de saúde-doença como algo social (LIBERATO, 2009; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017). A emergência dos transtornos mentais como um problema de saúde pública indica a importância da obtenção de dados precisos e rigor teórico em estudos que favoreçam o conhecimento a respeito do transtorno para que sejam traçadas estratégias em relação a identificação e diagnóstico precoce, além da possibilidade de prevenção diante da presença dos fatores de risco.

Estudiosos estão se dedicando a uma compreensão a respeito do controle exercido pelas práticas culturais de gênero (COUTO; DITTRICH, 2017; SILVA; LAURENTTI, 2016; RUIZ, 2003). Guérin (2017) pontuou o fato de mulheres viverem em contextos opressores e a relação com uma piora na saúde emocional. Pesquisas sobre cultura na Análise do Comportamento, além de discussões teóricas, projetam possibilidades de intervenções em planejamentos culturais e a inclusão de discussões sobre os processos sociais relacionados ao gênero e práticas pautadas na redução das desigualdades faz-se necessária, embora ainda apareça de maneira restrita (RUIZ, 2003).

Consideradas como um grupo de risco, em função das situações estressantes que envolvem a maternidade, as mulheres que se tornam mães muitas vezes podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Sendo assim, a importância do cuidado

com a saúde emocional no pós-parto pode oferecer oportunidade de intervenções preventivas com essa população.

Dentre as abordagens psicológicas a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) consiste na intervenção clínica baseada nos princípios da Análise Experimental do Comportamento e do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner, destaca-se devido ao sólido referencial teórico e ao embasamento experimental (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003). Skinner (1981/2007) propôs a seleção por consequências em três níveis como modelo explicativo para a ocorrência e manutenção dos comportamentos, caracterizando um sistema amplo de interpretação para os fenômenos humanos.

A Análise do Comportamento, enquanto visão de mundo, traz o modelo prático da Análise do Comportamento Aplicada para pensar as questões relativas à clínica (TOURINHO; SÉRIO, 2010). Esta modalidade de psicoterapia fundamentada na Análise do Comportamento recebeu várias denominações ao longo de sua história, considerando o percurso apresentado por Leonardi (2016). Para o autor, a adoção do termo *Análise do Comportamento Clínica* surge como alternativa para representar as diversas modalidades de intervenções terapêuticas de terceira onda americanas. Já no Brasil, com um percurso histórico distinto, têm-se o termo Terapia Analítico-Comportamental (TAC) (GUILHARDI, 2012), e a nomenclatura adotada para este estudo considerando suas características metodológicas de intervenção.

As intervenções analítico-comportamentais são delineadas a partir da abordagem funcional do comportamento, utilizando como objeto de análise e de intervenção o comportamento verbal na relação terapeuta-cliente (COSTA, 2011). Uma abordagem funcional busca identificar sobre quais circunstâncias um comportamento denominado como psicopatológico, assim como qualquer outro, pode ser originado, provocado e mantido (CAVALCANTE; TOURINHO, 2012; BANACO, 1999; CARR; LANGDON; YARBROUGH, 1999). Desta forma, é possível derivar as estratégias

de intervenção a partir da identificação das funções desse tipo de comportamento (FOLLETTE; NAUGLE; LINNEROOTH, 2000; FALK; KUPFER, 1998; STURMEY, 1996).

A análise funcional tem como objetivo identificar quais são os contextos de interação da história de um indivíduo que aumentam ou aumentaram a probabilidade de selecionar e manter determinadas respostas que geram prejuízos e sofrimento ao indivíduo e/ou ao seu entorno (CAVALCANTE; TOURINHO, 2012). De acordo com Vilas-Bôas, Banaco e Borges (2012), a compreensão de psicopatologia envolve o grau de sofrimento de um indivíduo, tendo em vista que determinados comportamentos merecem maior atenção do clínico ou de profissionais de saúde, não por serem patológicos em si, mas por resultarem em prejuízos importantes nas interações sociais do indivíduo e/ou para as pessoas de seu convívio.

Segundo Guérin (2017), os comportamentos, tanto os classificados como psicopatológicos, quanto quaisquer outros, são considerados um repertório comportamental único, que deve ser compreendido a partir da análise das contingências que o mantêm, com critérios de avaliação essencialmente funcionais. Nesse sentido, o modelo de seleção pelas consequências oferece os subsídios de análise, identificando em que medida os níveis filogenético, ontogenético e cultural exercem influência, e uma intervenção é proposta baseada nos padrões comportamentais que causam sofrimento para o indivíduo e para as pessoas ao redor.

Embora não haja dúvidas a respeito do prejuízo causado por essas alterações de comportamentos pouco adaptativos para determinados ambientes, os estudos de saúde mental tradicionalmente utilizam o manual psiquiátrico DSM V (APA, 2013), como critério para diagnosticar as principais doenças, o que facilita a troca de informações nessa área. Entretanto é preciso, enquanto analista do comportamento, entender que os comportamentos que se referem aos transtornos mentais tornaram-se disfuncionais (por conta da frequência e/ou intensidade) pois foram consequenciados a partir de ambientes naturais ou contextos aversivos (ex: relações sociais, culturais, históricas, econômicas e as oportunidades) (GUERIN, 2017).

Utilizar as categorizações psiquiátricas em estudos é uma alternativa para identificar padrões comportamentais semelhantes (ao menos topograficamente) e avaliar as evidências de determinados tratamentos. Principalmente considerando o atual contexto da prática baseada em evidências, definida pela American Psychological Association (APA) como padrão para escolha do tratamento com a melhor evidência possível (Leonardi, 2016). No caso deste estudo, uma pesquisa não-experimental de delineamento de grupo, a opção por utilizar os instrumentos validados para rastreamento de transtornos mentais foi uma alternativa de coleta de respostas encobertas descritas na literatura como típicas de cada transtorno. (LEME; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001)

A organização dos instrumentos para avaliação de saúde emocional consiste em um questionário com afirmações que descrevem sintomas e alternativas que devem ser assinaladas considerando a intensidade, frequência ou duração desses; após preenchimento, são somadas a quantidade de pontos gerados pelas respostas assinaladas, e como critério de nota de corte (estabelecida de acordo com os estudos psicométricos de cada escala e descrita nos manuais e estudos de validação), se atingida ou ultrapassada, os participantes são considerados como “clínicos”, ou seja, há a indicação de risco para o transtorno avaliado na escala. (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Neste estudo foram escolhidos diferentes instrumentos para rastreamento de alterações emocionais, são eles: A Perceived Stress Scale (PSS-14) (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFFT, *et al.*, 2007; REIS; HINO; AÑES, 2010), o Parenting Stress Index (PSI) (ABIDIN, 1995), o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger; Gorsuch (1983) que foi traduzido no Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio; Natalício (1976) autorizado para utilização apenas em pesquisas e a *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987) que foi

validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).

O presente trabalho, considerando que o contexto da maternidade envolve padrões semelhantes, pretendeu identificar, a partir do uso de instrumentos que avaliaram algumas classes de comportamentos específicos, o grupo de mulheres com índice clínico de alteração emocional no pós-parto e relacionar com alguns fatores de riscos ambientais e contextuais (variáveis sociodemográficas e de nascimento); elaborar, implementar e um programa de intervenção terapêutico com base nos princípios da Análise do Comportamento e avaliar seus efeitos na mudança comportamental em relação aos comportamentos descritos nos instrumentos. Desta forma, este trabalho divide-se em três estudos: Estudo1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas; Estudo 2: Elaboração e implementação de um Programa de Intervenção Terapêutico Educativo para mães de bebês com indicadores clínicos emocionais e, Estudo 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores clínicos emocionais de mães de bebês.

ESTUDO 1: Saúde emocional de mães de bebês: fatores de risco associados as variáveis sociodemográficas

A emergência dos transtornos mentais como uma questão importante para a saúde pública indica necessidade da obtenção de dados precisos e rigor teórico e científico em estudos que favoreçam o conhecimento a respeito dos fenômenos, para que sejam traçadas estratégias de identificação e diagnóstico precoce, possibilitando a prevenção diante da presença dos fatores de risco. Considerando as situações estressantes avaliadas nos estudos, as que envolvem o período da gestação e transição para a maternidade estão relacionadas com mudanças em diferentes âmbitos e contextos: as físicas, hormonais, neuroquímicas e neurobiológicas (LEE *et al.*, 2010); as que envolvem papéis sociais, representações e cognição (AMMANITI; GALESSE, 2014; STEEN; FRANCISCO, 2019) e, os ajustes socioemocionais (LOBEL; IBRAHIM, 2018; SCHMIDT *et al.*, 2019). Todas essas mudanças aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres, que podem apresentar sinais de mal-estar físico ou emocional, envolvendo cansaço, preocupação, ansiedade, depressão, frustração, ambivalência ou medo, que podem acarretar prejuízo no cumprimento dos seus papéis

(WALKER; MURPHEY; NICHOLS, 2015; ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017; SCHMIDT *et al.*, 2019; POWELL; KARRAKER, 2019; SWAMI *et. al.*, 2019).

As alterações de saúde emocional durante a gravidez e após o parto incluem uma ampla gama de distúrbios que variam em gravidade e estão entre as morbidades mais comuns nestes períodos sugerindo que todo o espectro de diagnóstico pode ocorrer durante este tempo (APA, 2013; HOWARD *et al.*, 2014; STEIN; PEARSON; GOODMAN, 2014; FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016; LOBEL; IBRAHIM, 2018; STEEN; FRANCISCO, 2019). Segundo estudo de revisão de Pais e Pai (2018) a alta prevalência de estresse gestacional está associada a complicações no período pós-parto e é preditora de sintomas de ansiedade depressão pós-parto, dado também encontrado no estudo brasileiro de Schiavo *et al.* (2018) e Rodrigues e Schiavo (2011). Estudos mostraram que as mães têm níveis mais altos de estresse comparadas aos pais em relação a frequência e duração, de seis meses a um ano após o parto (HILDINGSSON; THOMAS 2014; WIDARSSON *et al.*, 2013). Entretanto, é difícil medir e entender a variável estresse parental devido à forte correlação com a vulnerabilidade psicológica. Andersson e Hildingsson (2015) em um estudo com 279 mulheres suíças, identificaram 25% de mulheres com estresse clínico. O estresse foi associado com uma baixa avaliação de auto eficácia dos pais, o que pode acentuar patologias psicológicas e dificuldades de adaptação ao papel (RAZUREL *et al.*, 2016)

As repostas de estresse pervasivas caracterizam o estresse crônico e podem competir com o pleno funcionamento em situações cotidianas, desencadeando comportamentos de alerta ou de fuga intensos e imobilizadores (hipervigilância). A frequência e duração dessa estimulação podem induzir o indivíduo a ter respostas ansiogênicas e levar à exaustão, como na depressão (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010). Os comportamentos característicos de respostas de ansiedade ocorrem diante de um evento ameaçador ou incômodo e, neste sentido, o indivíduo aprende a emitir uma classe de respostas que elimina, ameniza ou adia esse evento considerado aversivo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Tanto o estresse quanto a ansiedade e depressão são constructos dimensionais, ou seja, variam em intensidade. A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (LUFFT *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2010; FARO, 2015), foi construída sobre o modelo transacional de estresse de Lazarus e Flokman (1984). Em um estudo de revisão sobre os diferentes métodos de mensuração do estresse, Faro e Pereira (2013) constataram que o PSS é um instrumento com confiabilidade, considerando-o como medida de autopercepção em relação ao fenômeno. A escala vem sendo utilizada em diversos estudos, com objetivos tanto de medir de maneira global o grau de estresse em situações pontuais (MCALONAN *et al.*, 2007, LIMA; BIANCHI, 2010), como linha de base e pós-testes em intervenções psicológicas (HOLZEL *et al.*, 2010; SESKEVICH; PIEPER, 2007; TAYLOR-PILIAE *et al.*, 2006), em correlações com transtornos psiquiátricos ou alterações orgânicas (CALVETTI, 2017; CULHANE *et al.*, 2001; GARG *et al.*, 2001).

Para medir o estresse diante de uma condição específica podem ser utilizadas escalas mais refinadas como o PSI (Parental Estresse Index), que avalia o estresse parental. Ele pode ser definido como um desequilíbrio entre a percepção de demanda dos pais e os recursos disponíveis (ABIDIN, 1990). Em estudos de revisão nacionais sobre a percepção do estresse em familiares de crianças com paralisia cerebral, Ribeiro, Porto e Vandenberg (2013) e Cunha, Pontes e Silva (2017) avaliaram que o PSI foi o instrumento mais utilizado. Silva *et al.* (2019) utilizaram a escala para identificar associações em famílias pobres. Foi identificada dependência significativa entre as famílias com maior índice de pobreza e o estresse alto. Essa escala tem como objetivo avaliar a percepção que os cuidadores principais têm dos seus filhos e dos sentimentos e reações diante de algum evento ou comportamento deles, avaliando as suas condições em lidar com a tarefa da parentalidade. Além disso, avalia a percepção dos cuidadores com relação às demandas da criança assim como suas características pessoais que podem impactar na interação (BRITO; FARO, 2016).

Estudos sobre outras alterações de saúde emocional no pós-parto são escassos. A prevalência da ansiedade foi reportada recentemente e, ainda é subdiagnosticada (FIELD, 2018).

Donelli, Chemello e Levandowski (2017) e Dennis, Falah-Hassani, Shiri (2017) revisaram estudos sobre ansiedade materna e maternidade entre 2009 e 2014 e, até 2016 respectivamente, ambos estudos em relação aos instrumentos utilizados, identificaram que a maioria das pesquisas utilizou o State-Trait Anxiety Inventory (STAI), que no Brasil equivale ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Em um procedimento de avaliação dos níveis de ansiedade, pode-se fazer a distinção entre: Ansiedade-traço e Ansiedade-estado, por exemplo. A primeira é considerada uma característica estável do indivíduo, representando o modo como ele tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas e, a segunda, representa uma condição emocional transitória caracterizada pelo aumento ocasional da tensão em função de eventos considerados potencialmente críticos (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

A depressão que se inicia no puerpério é denominada transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M) e, pode ser comparada a um episódio depressivo maior, entretanto, seu quadro clínico comporta sintomas com intensidade diferente e a sua duração não ultrapassa os doze meses, sendo que, em mais de metade das mulheres apenas se estabelece durante semanas ou até meses, não ultrapassando três a seis meses (COHEN *et al.*, 2010; APA, 2013). A depressão pós-parto é um importante problema de saúde que, segundo as estimativas, é experienciada por 9 a 16% das puérperas (APA, 2015). A DPP-M é uma das principais causas de morbidade materna, sendo a complicação médica mais comum entre mulheres durante seu período reprodutivo (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Dados de uma revisão sistemática indicaram que 19,8% das mulheres que vivem em países em desenvolvimento podem apresentar depressão após o parto (MATTHEY *et al.*, 2013). No Brasil, um estudo realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com 23.894 puérperas, num período de seis horas do parto e até 18 meses após nascimento da criança, apontou uma prevalência de possíveis casos de DPP-M em 26,3% dessa amostra (THEME-FILHA *et al.*, 2016).

A etiologia da DPP-M envolve uma série de fatores de risco. Arrais e Araújo (2017) em uma revisão de literatura indicaram alguns fatores preditivos associados à etiologia nas mulheres, em especial fatores de ordem psicossocial, que poderão agravar ou conduzir ao início da depressão pós-parto. As pesquisadoras dividiram esses fatores em três categorias: psicossocial, sociodemográficos/contextuais e físicos. Enquanto subcategorias do risco psicossocial estão: histórico psicológico/psiquiátrico; pouca percepção de suporte social e de relacionamentos. Considerando os fatores de risco físicos, as autoras dividiram em subcategorias, a primeira delas é a hormonal e, depois, as obstétricas. A neurobiologia relacionada ao transtorno no pós-parto ainda é pouco estudada. Sabe-se que o período está associado a alterações neuroplásticas no hipocampo e córtex pré-frontal em todas as mulheres. Entretanto, essas alterações podem relacionar-se com sintomas depressivos se houver vulnerabilidade para o quadro (BRUMMELTE; GALEA, 2015).

Enquanto instrumento de triagem há maior prevalência de escolha pela Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS) tanto em estudos nacionais (ARRAIS; ARAÚJO, 2017) quanto nas recomendações internacionais, como do Serviço Americano de Prevenção em Saúde (US Preventive Services Task Force) (O'CONNOR *et al.*, 2016). O autor da escala, John Cox, em um editorial sobre os trinta anos de uso da escala realiza um retrospectiva em relação aos estudos. A escala faz parte de programas de saúde mental importantes de países como EUA, Suécia, Ilhas Faroe, Malta, Austrália e Escócia e, na Inglaterra, sugerem seu uso como um complemento na triagem de depressão (COX, 2019)

A Academia Americana de Pediatria estima que, por ano, 400 mil mães de bebês estejam clinicamente ansiosas ou deprimidas, considerando as alterações de saúde emocional no pós-parto a maior complicação obstétrica subdiagnosticada do país (EARLS *et al.*, 2010). A literatura tem apontado para a alteração na qualidade da saúde, no bem-estar materno e familiar, além poder afetar no desenvolvimento de bebês (FERNANDES; COTRIN, 2013, O'HARA; WISNER, 2014;

TAMBELLI *et al.*, 2014, FIELD, 2018; DIB; PADOVANI; PEROSA; 2019; IRURITA-BALLESTEROS *e at.*, 2020). Analisar fatores de risco para a saúde emocional materna durante o primeiro ano de vida do bebê propiciaria a implementação de intervenções pontuais a essa população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e implementação do grupo terapêutico teve boa adesão e o processo foi bem avaliado. Por tratar-se de uma amostra de conveniência, esses resultados não podem ser generalizados para outras populações, mas servem como um guia para estudos futuros. Em relação

aos questionários formulados, algumas questões devem ser revistas e descritas com maior precisão para que haja menos dúvidas e os dados sejam mais precisos.

6. REFERÊNCIAS

- ABIDIN, R. R. Parenting stress index . Lutz, FL: **Psychological Assessment Resources**. 1995.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil, 2015.
- BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. **Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**, p. 175-191, 2010.
- BANDINI, C. S. M.; DE ROSE, J. C. C. A abordagem behaviorista do comportamento novo. Santo André: ESETec, 2006.
- BAYLEY, Nancy. Bayley scales of infant and toddler development. **PsychCorp**, Pearson, 2006.
- BIAGGIO, A. M.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. The development and validation of an experimental Portuguese form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Dias-Guerrero R, editors. Cross-cultural research on anxiety. Washington, D.C.: Hemisphere/Wiley; p. 29---40. 24, 1976.
- BIGLAN, A.; HAYES, S. C.; PISTORELLO, J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. **Prevention science**, v. 9, n. 3, p. 139-152, 2008.
- BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, 2017.
- BRUM, E. H. M.; GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: evidências de dois casos. *Psico*, 2018, 49.3: 304-316.
- CALLAGHAN, G. M.; NAUGLE, A. E.; FOLLETTE, W. C. Useful constructions of the client–therapist relationship. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 33, n. 3, p. 381, 1996.
- CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico, Porto Alegre**, v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.
- CAMPOS, Bárbara C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.
- CARVALHO, J. P.; HOPKO, D. R. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 154-162, 2011.
- COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, p. 385-396, 1983.
- 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.

- DELITTI, M; DERDYK, P. Terapia analítico-comportamental em grupo. AMC DELITTI; P. DERDYK, Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. Santo André, Esetec Editores, p. 33-57, 2008.
- DUARTE-FIDELES, M. N.; VANDENBERGHE, L. Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 3, 2014.
- FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.28 n. 1, p. 21-30, 2015.
- FERSTER, C.B. A functional analysis of depression. *American Psychology*, v. 28 p. 857-870, 1973.
- FREITAS, M. E. S.; SILVA, F. P.; BARBOSA, L. R.. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, 14.48: 94-98, 2016.
- FRIZZO, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de "honrável fachada" em dois casos clínicos. **Psicologia Clínica**, 23.1: 133-155, 2011.
- GRADVOHL, S. M. O; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando famílias**, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.
- HAYES, S. C.; STROSAHL, K.; WILSON, K. G. Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering. New York: Guilford, 1999.
- HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 31, n. 5, p. 465-478, 2013.
- HOPKO, D. R.; ROBERTSON, S.; LEJUEZ, C. W. Behavioral activation for anxiety disorders. **The Behavior Analyst Today**, 2006, 7.2: 212.
- HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. **Bmj**, v. 349, p. g7394, 2014.
- KNIGHT, M.; TUFFNELL, D.; KENYON, S.; SHAKESPEARE, J.; GRAY, R.; KURINCZUK, J. J. Saving lives, improving mothers' care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. **Confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009-13**, 2015.
- KOHLBERG, R. J.; TSAI, M.. Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. ESEtec, 2001.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.
- LINEHAN, Marsha M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
- Liu, Y.; Kaaya, S.; Chai, J.; McCoy, D. C.; Surkan, P. J.; Black, M. M.; Smith-Fawzi, M. C. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. **Psychological medicine**, 47(4), 680-689, 2017
- LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 606-615, 2007.

- NAGLE; FARRELLY, M. Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. **Midwifery**, v. 66, p. 79-87, 2018.
- O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **Jama**, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.
- O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. **Annual review of clinical psychology**, v. 9, p. 379-407, 2013.
- OLIVEIRA, L. T.; DONELLI, T. M. S.; REUSE, B. Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, 11.1: 109-123, 2019.
- PRENOVEAU, J. M.; CRASKE, M. G.; WEST, V.; GIANNAKAKIS, A.; ZIOGA, M.; LEHTONEN, A.; MURRAY, L. Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. **Developmental psychology**, v. 53, n. 1, p. 50, 2017.
- REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of health psychology*, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010., C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.
- RUIZ, M. R. Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices. **The Behavior Analyst Today**, v. 4, n. 1, p. 12, 2003.
- SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. C.; BARROS, A. J.; BOTELHO, I. P.; LAPOLLI, C.; BARROS, F. C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPE) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 23, pp. 2577-2588, 2007.
- SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. **Rev Psiq Clin**, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.
- SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. **Contextos Clínicos**, 10.1: 33-47, 2017
- SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sério, trads.). Campinas: **Editorial Psy II**. (Original publicado em 1989), 1995.
- SILVA, E. C; LAURENTI, C. BF Skinner e Simone de Beauvoir: “a mulher” à luz do modelo de seleção pelas consequências. **Perspectivas em análise do comportamento**, v. 7, n. 2, p. 197-211, 2016.
- SILVA, M. R.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Psicoterapia pais-bebê e depressão pós-parto materna: Participação do pai. **Paidéia**, 23(55), 207-215, 2013
- Skinner, B. F. Ciência e comportamento humano. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953), 2003.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. **Mind Garden**, 1983.
- STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J. W.; PATEL, V.; SILOVE, D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, 43.2: 476-493, 2014.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

TARRICONE, I.; RIECHER-RÖSSLER, A. (ed.). Health and Gender: Resilience and Vulnerability Factors for Women's Health in the Contemporary Society. **Springer**, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization, 2017.

ESTUDO 3: Efeitos de uma intervenção em grupo considerando os indicadores emocionais de mães de bebês

Alterações de saúde emocional durante a gravidez e após o parto incluem uma ampla gama de distúrbios que variam em gravidade e estão entre as morbidades mais comuns nestes períodos, com taxas de prevalência semelhantes de alterações de saúde emocional para mulheres, independente da condição de gestação ou pós-parto. Ansiedade e depressão são os transtornos mais comuns, entretanto podem ser incluídos o transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, transtornos alimentar e psicose (MELTZER-BRODY, 2018).

De acordo com Greinert e Milani (2015), a ocorrência da depressão pós-parto está relacionada a uma complexa dinâmica entre aspectos biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos e, dentre eles, a possibilidade da associação da depressão pós-parto às condições do bebê. Atualmente, são muitos os estudos que investigam e propõem intervenções com foco nas alterações de saúde emocional decorrentes do pós-parto (O'CONNOR, 2016; SHULMAN et. al., 2018; DENNIS, C. L.; BROWN, J. V. E.; BROWN, 2019). Em um estudo qualitativo de Nagle e Farrelly (2018) e em outro de Ford *et al.* (2019), os pesquisadores entrevistaram mulheres a respeito das dificuldades que identificavam em relação à busca ou de receberem atendimento psicológico no período perinatal. Como resultado as participantes relataram que a principal barreira para a busca foi o medo e a vergonha, ocasionados pelo estigma em relação à saúde mental, seguidos pela falta de disposição de procurar ajuda. Quanto a receberem ajuda, a dificuldade da logística para comparecer a um compromisso, a má divulgação dos serviços e a atitude dos profissionais de saúde foram consideradas barreiras, principalmente quando os profissionais não eram considerados empáticos. O fator motivador para a busca por ajuda foi a possibilidade dessas questões emocionais interferirem no seu bebê.

O objetivo central de um trabalho psicoterapêutico é oferecer contribuições e possibilidades de reflexões para diferentes demandas de um cliente, tais como: autoconhecimento, lidar com

questões que não consegue sozinho e, dentre elas, enquadram-se as demandas relacionadas aos transtornos psiquiátricos (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). As modalidades de atendimento clínico estão divididas em terapia individual e intervenções em grupos com especificidades (DELITTI; DERDYK, 2008). No Brasil, a prática de psicoterapia de grupo expandiu-se a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de pensar o tratamento para além da medicação, proporcionando um espaço de rede de apoio com comunicação e integração com pares, além de exigirem menos investimento de tempo e recursos financeiros (AMARANTE, 2007). Considerando o contexto brasileiro de atenção à saúde mental, a aplicabilidade de intervenções em grupo para o manejo de comportamentos em um sistema de saúde pública tem vantagens no que se refere a custo e tempo. Tal modalidade de atendimento tem sido amplamente escolhida por profissionais inseridos nesses serviços (DELITTI; DERDYK, 2008).

Quanto ao método de pesquisa, Bolsoni-Silva e Carrara (2010) discutiram a possibilidade de conduzir pesquisas não-experimentais utilizando a Análise Aplicada do Comportamento, com populações específicas. Mesmo para proposta de trabalho terapêutico em grupo, Dellitti e Derdyk (2008) ressaltaram a importância de o terapeuta organizar uma avaliação inicial individual. Para os autores, este momento tem como objetivo iniciar a formação de vínculo, identificar as queixas, déficits, excessos e reservas comportamentais e, principalmente, para traçar um objetivo terapêutico para cada cliente.

O processo de avaliação e intervenção na Análise do Comportamento deve ser compreendido em três etapas: inicialmente a descrição e seleção dos comportamentos identificados como queixa, em seguida a seleção e aplicação da intervenção adequada com base nas recomendações de eficácia e eficiência e, posteriormente, a avaliação dos efeitos da intervenção com as mesmas medidas (DELITTI; DERDYK, 2008; NENO, 2003; GODOY, 1996).

A busca por atendimento psicoterapêutico, em geral, ocorre quando o grau de sofrimento é significativo, há prejuízo em diferentes áreas da vida do indivíduo na iminência ou após o

desenvolvimento de psicopatologias, ocasionando um padrão comportamental cultural que consiste em reprimir ou controlar experiências privadas indesejadas (GRAEFF, HETEM, 2004). Os sintomas relativos às psicopatologias descritas nos manuais de categorização são topográficos e incluem, principalmente, déficits comportamentais, afetivos ou cognitivos. Entretanto, as respostas emocionais enquanto eventos privados, são imprecisas e fruto de um processo complexo de entrelaçamentos nos três níveis de seleção (TOURINHO, 2006). Diante disto, serão apresentadas algumas das explicações analítico-comportamentais que compõem o entendimento das respostas emocionais classificadas como: estresse, ansiedade e depressão.

Na presença de condições aversivas, o organismo aprende a emitir respostas de fuga ou esquiva, relação fundamental para o entendimento das psicopatologias. Segundo Banaco (2001), assim como as respostas de estresse, a ansiedade quando analisada a partir de relações operantes, também envolve respostas de fuga ou esquiva e, as consequências advindas desse padrão de comportamento possibilitam a aprendizagem por meio de reforçamento negativo e são apropriadas a situações de risco para garantir a sobrevivência da espécie. Zamignani e Banco (2005) afirmam que as antigas ameaças, que faziam parte da realidade do homem pré-histórico, não estão mais presentes no cotidiano dos indivíduos, entretanto, vive-se em um ambiente continuamente ameaçador por outras características (alta conectividade, competitividade, perfeccionismo, aumento da violência, entre outros). O autor destaca que esses estímulos podem desencadear as mesmas respostas de ansiedade e de defesa primitivas e essas respostas de evitação podem interferir em contingências importantes da vida do indivíduo. As repostas de estresse ou ansiedade tornam-se prejudiciais quando ultrapassam, em magnitude e/ou frequência, a natureza do evento temido. As respostas pervasivas caracterizam o estresse crônico e podem competir com o pleno funcionamento em situações cotidianas, desencadeando comportamentos de alerta ou de fuga intensos e imobilizadores (hipervigilância). A frequência e duração dessa estimulação podem induzir o

indivíduo a ter respostas ansiogênicas e levar à exaustão, como na depressão (HETEM, 2004; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; BANACO et al., 2010).

O termo ansiedade descreve uma série de eventos privados que antecedem a presença de um estímulo aversivo (respostas emocionais, do sistema nervoso autônomo e de esquiva). Uma primeira proposta de modelo experimental para ansiedade foi formulada por Estes e Skinner (1941), denominado paradigma de supressão condicionada, citado também em uma revisão de Coelho e Tourinho (2008). O paradigma consiste na supressão de respostas operantes, reforçadas positivamente, após a apresentação de um estímulo aversivo condicionado, emitindo respostas fisiológicas. Os estudos experimentais oferecem explicações considerando uma história de aprendizagem direta e, estudos posteriores, com humanos e processos verbais, abrangeram o processo de generalização dessas relações para estímulos semelhantes (SIDMAN, 1989/1995). Essa rede de relações arbitrárias entre estímulos pode ser explicada pelo responder relacional, envolvendo diferentes dimensões operantes do responder, em particular operantes verbais, que têm sido examinados como estímulos que podem adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional) e operante da condição de ansiedade sem que tenha uma relação de condicionamento direto (HAYES *et al.*, 2016).

Para a depressão, com base em estudos experimentais, Ferster (1973) sugere que a baixa densidade de estímulos reforçadores positivos seria responsável por características centrais do transtorno depressivo, ou seja, enquanto subprocessos comportamentais. Nesse sentido, haveria uma diminuição no responder do indivíduo depressivo devido à ausência de reforçamento positivo. O autor também propôs que boa parte do repertório do indivíduo deprimido tem função de fuga ou esquiva. Isto é, ao diminuir, eliminar ou evitar tarefas aversivas, consequentemente há a diminuição de classes de respostas controladas por reforçamento positivo juntamente com o aumento de classes de respostas controladas por reforçamento negativo. Neste sentido, outro estudo importante é o do modelo do desamparo aprendido (HUNZIKER, 2005), descrevendo que quando o organismo é

exposto a eventos aversivos incontroláveis, esta situação faz com que as respostas emitidas diminuam e, posteriormente, colabora para que a variabilidade comportamental cesse. Correia e Borloti (2011) discutiram sobre o papel do contexto em relação ao fenômeno, enfatizando a depressão como o resultado das contingências sociais. Neste caso, a contingência tateada por uma pessoa deprimida remete a um contexto aversivo ou à retirada de reforçadores positivos, que produz respostas emocionais consideradas desagradáveis culturalmente.

Embora seja o ideal dentro da área, em muitas situações o analista do comportamento não pode observar diretamente os comportamentos de seu cliente para iniciar uma intervenção. Para isso, lançam mão de estratégias de observação indireta que permitem coletar dados e avaliar respostas encobertas. Além da análise funcional, os testes e inventários também têm sido utilizados como auxiliares na avaliação (MARTIN; PEAR, 2009; LEME; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001). Testes psicológicos são inventários com um compilado de sintomas específicos que, a partir frequência das respostas do indivíduo, podem indicar uma tendência ao transtorno, oferecendo pistas sobre a existência de uma classe de comportamentos típicos do mesmo (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

No que tange à metodologia, diferentes instrumentos são utilizados para rastreamento e diagnóstico dos transtornos mentais. A escolha do instrumento deve seguir alguns critérios: ser compatível com o referencial teórico, e considerar a evidência de confiabilidade e validade para que os resultados assegurem o máximo de acertos ao estabelecer um diagnóstico (SOUZA, 2017).

Existem escalas, que de maneiras distintas, propõem-se a avaliar a variável estresse numa população. Faro e Pereira (2013) listaram três focos: nas causas; nas consequências e, no processo. A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) (LUFFT, *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2010; FARO, 2015), foi construída sobre o modelo transacional de estresse de Lazarus e Flokman (1984). Ela tem, como objetivo, avaliar a percepção do estresse sob uma perspectiva funcional: se as situações são

avaliadas como aversivas e se as habilidades que o indivíduo tem são insuficientes para lidar com a situação, ela oferece uma medida que foca as consequências percebidas do estresse.

Faro e Pereira (2013), em um estudo de revisão sobre os diferentes métodos de mensuração do estresse, constataram que o PSS é um instrumento com confiabilidade, considerando-o como medida de autopercepção em relação ao fenômeno. A escala vem sendo utilizada em diversos estudos, com objetivos tanto de medir de maneira global o grau de estresse em situações pontuais (LEON *et al.*, 2007; MCALONAN *et al.*, 2007, LIMA; BIANCHI, 2010), como linha de base e pós-testes em intervenções psicológicas (HOLZEL *et al.*, 2010; SESKEVICH; PIEPER, 2007; TAYLOR-PILIAE *et al.*, 2006), em correlações com transtornos psiquiátricos ou alterações orgânicas (CULHANE *et al.*, 2001; GARG *et al.*, 2001; CALVETTI, 2017), entre outros.

Para medir o estresse diante de uma condição específica, podem ser utilizadas escalas mais refinadas. Em uma revisão nacional sobre a percepção do estresse em familiares de crianças com paralisia cerebral, Ribeiro, Porto e Vandenberg (2013) avaliaram que o PSI foi o instrumento mais utilizado. Essa escala tem como objetivo avaliar a percepção que os cuidadores principais têm dos seus filhos e dos sentimentos e reações diante de algum evento ou comportamento, avaliando as condições dos pais em lidar com a tarefa da parentalidade. Além disso, avalia a percepção dos cuidadores com relação às demandas da criança assim como suas características pessoais que podem impactar na interação.

Correia e Linhares (2007) revisaram estudos brasileiros sobre ansiedade materna durante a gestação e no pós-parto e identificaram que pouco mais da metade utilizou o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) como medida, apontando para a importância do instrumento. Dennis, Falah-Hassani e Shiri (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática internacional também com o objetivo de estudar a ansiedade materna. Os autores identificaram que a maior parte dos estudos, 74 dos 102 incluídos, também utilizou o IDATE para triagem de sintomas de ansiedade

nessas mulheres. Os achados evidenciaram que o instrumento mostrou sensibilidade e especificidade para identificar os sintomas.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (SANTOS; MARTINS; PASQUALI, 1999) é um instrumento construído para avaliar a depressão no momento específico do pós-parto. Um estudo de revisão sistemática realizado para o Serviço Americano de Prevenção em Saúde (US Preventive Services Task Force) feita por O'Connor *et al.*, (2016) identificou que todos os estudos utilizaram a EPDS para triagem, com pontos de corte entre 10 e 13, considerando o score 10 como triagem para sintomas clínicos. A revisão aponta para a precisão da EPDS na triagem de mulheres no pós-parto, mas indica pouca evidência para o uso da escala em gestantes.

Chowdhary *et al.* (2014), em um estudo de revisão avaliaram que intervenções em saúde emocional no pós-parto realizadas por profissionais de saúde não-psicólogos, indicaram que houve melhora das mulheres que foram acolhidas, entretanto ainda há necessidade de treinamentos mais estruturados para esses profissionais. Dretzke *et al.*, (2009) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar se os programas em grupos de treinamento de pais, estes se mostraram eficazes na melhoria da saúde psicossocial materna (por exemplo, ansiedade, depressão, autoestima).

No relatório de evidências e revisão sistemática para a US Preventive Services Task Force (USPSTF) de O'Connor *et al.* (2016) foram analisados 478 estudos completos com o objetivo de rever as normas para o rastreamento da depressão e tratamento e a acurácia dos instrumentos utilizados, para mulheres gestantes e puérperas. Como resultado, houve redução, tanto nos índices do pós teste, quanto no follow-up (3-5 meses), no risco de depressão após a participação em programas envolvendo apenas o rastreamento da depressão. Em relação ao tipo de intervenção, os dados apontam para o benefício da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para gestantes e puérperas com depressão com um aumento na probabilidade de remissão quando comparados com os cuidados habituais. E como escala indicada, a EPDS teve bons resultados para rastreamento.

Um estudo de revisão de Oliveira, Donelli e Reuse (2019) identificou 521 estudos e, após triagens, analisou 10 deles. Quanto ao tipo de intervenção adotada nesses artigos, sobressaíram intervenções em psicoterapia breve, envolvendo pais-bebê no formato grupal. Enquanto dados sobre os efeitos, além de identificar uma redução dos sintomas depressivos, ganhos secundários como aumento na capacidade reflexiva, sensibilidade, funcionamento global e sensação de adequação das mães e redução dos níveis de ansiedade, estresse foram notados.

A utilização de instrumentos de triagem de saúde emocional para identificação de um grupo de risco, a assimilação de influências moderadoras e de mecanismos de mudanças pode orientar o aprimoramento de programas de intervenção, visando o melhor atendimento de populações específicas, entre elas as mães de bebês. Com relação à prevenção e ao tratamento, são poucas as informações sobre abordagens que busquem prevenir ou fornecer tratamento eficaz para aquelas que já sofrem de transtorno no pós-parto.

1. OBJETIVOS

O *objetivo geral* do presente estudo foi descrever e comparar resultados obtidos em dois grupos de mulheres com indicadores clínicos para saúde emocional, um exposto a um protocolo de intervenção em grupo (Grupo Experimental) e outro não (Grupo Controle). E, os *objetivos específicos* foram: a) descrever e comparar os indicadores de saúde emocional de mães que participaram (Grupo Experimental) e de mães que não participaram (Grupo Controle) da intervenção, avaliadas aos três e nove meses de idade do bebê e, b) realizar comparações intragrupos considerando, para o Grupo Experimental, os indicadores de saúde emocional nas avaliações antes e depois da intervenção e aos nove meses de idade do bebê e, para o Grupo Controle as avaliações aos três e aos nove meses do bebê.

2. MÉTODO

Adotou-se no estudo um delineamento quase-experimental, correlacional e de comparação entre grupos de mães com pelo menos um indicador clínico de saúde emocional distribuídas entre os grupos de intervenção e o controle.

6.2.Aspectos éticos

O projeto de pesquisa faz parte dos projetos “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012 - Anexo 1) e “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004 - Anexo 2). Ambos atendem a todas as normas previstas na Resolução Nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Comprometeu-se e realizou-se a aplicação dos instrumentos para o grupo de intervenção em datas e horários apropriados para os participantes e para a instituição. Para a realização deste estudo, as mães já participantes do projeto foram contatadas via telefone e todas que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), o qual explicita os objetivos do estudo, além de resguardar os direitos das participantes quanto ao sigilo das suas informações pessoais, enfatizando a participação voluntária no estudo e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento. Cabe ressaltar que foram oferecidas e realizadas sessões de devolutivas dos dados individuais para as participantes ao final do projeto e, quando necessário, foram realizadas as orientações e os encaminhamentos apropriados para serviços de Psicologia da UNESP ou da rede pública da cidade.

6.3.Caracterização da situação de estudo

Esta pesquisa obteve os dados provenientes de avaliações da saúde emocional das participantes nos dois projetos de pesquisa “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil” e “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e

apoio emocional às mães”, realizadas aos três e aos nove meses do bebê. Aproveitando a presença delas nos locais dos referidos projetos para atendimento aos seus bebês, optou-se por realizar este estudo nas duas instituições de Bauru, uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo: o Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, um núcleo de ensino e pesquisa onde funciona o projeto de extensão: “Avaliação e orientação aos pais: desenvolvimento de bebês” e, a Associação Sorri-Bauru, uma instituição com serviços especializados, em que é realizado atendimento via projeto “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães” do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ambos os projetos recebem bebês entre três até 12 meses de idade juntamente com suas mães ou cuidadores e, têm, como objetivo, monitorar o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, orientando os pais sobre o desenvolvimento de seus bebês, pretendendo prevenir atrasos que poderiam resultar em repertório comportamental defasado em idades futuras. Os pais, por ocasião do nascimento do bebê, na Maternidade Santa Isabel, de Bauru/SP e/ou cadastrado no Banco de Leite Humano, são convidados a participar dos referidos projetos. O aceite acontece após convite telefônico ou por meio de mensagem de texto e aceite, resultando no agendamento do primeiro encontro. As mães são recebidas neste atendimento por uma equipe de profissionais da saúde (incluindo pelo menos uma psicóloga) e recebem as informações sobre as atividades contidas nos projetos: avaliação do seu bebê no primeiro ano de vida por meio da Escalas de desenvolvimento Infantil Bayley-III (Bayley, 2006). Após a avaliação, se necessário, os bebês e suas mães participam de intervenções com foco no desenvolvimento do bebê. Todas as mães que participam deste primeiro atendimento no mesmo dia são convidadas a preencher uma avaliação da saúde emocional e, na consulta seguinte recebem a devolutiva oferecida pela psicóloga, caso apresentem pelo menos

um indicador clínico de saúde emocional, são convidadas a participarem da intervenção proposta neste estudo.

6.4.Participantes

Participaram desse estudo uma amostra de conveniência de 112 mulheres. Todas atendiam ao critério de inclusão que era apresentar nível clínico em pelo menos uma dimensão dos instrumentos utilizados: Escala de Estresse Percebido (PSS-10), Índice de Stress Parental (PSI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Foram excluídas da amostra as mães: 1) que naquele momento recebiam outro acompanhamento psicoterápico e, 2) tinham diagnóstico de transtornos psicóticos.

No total foram convidadas 147 mães que, após submetidas a avaliação de saúde emocional, apresentaram pelo menos um indicador clínico nas dimensões avaliadas. Delas, 35 enquadravam-se nos critérios de exclusão ou desistiram de participar dos projetos perdendo o contato com as instituições. Das 112 restantes, 68 participaram da intervenção e compuseram o Grupo Experimental. As 44, que não aceitaram participar da intervenção ou que tiveram apenas uma presença nos encontros por conta de incompatibilidade de horário ou por outros motivos pessoais, compuseram o Grupo Controle. Na Figura 1 encontram-se, também, a quantidade de mães que participaram em cada etapa das reavaliações. Houve perda de participantes em todas as etapas do processo de reavaliação, para o grupo Experimental foram 63 testadas ao término do grupo e 31 na segunda avaliação. Para o grupo Controle, das 44 da primeira avaliação aos três meses, participaram 28 na avaliação 2 aos nove meses de vida do bebê. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Figura 1).

Análises estatísticas foram realizadas para comparar as características sociodemográficas descritas em variáveis contínuas dos dois grupos, com o objetivo de verificar a equivalência entre

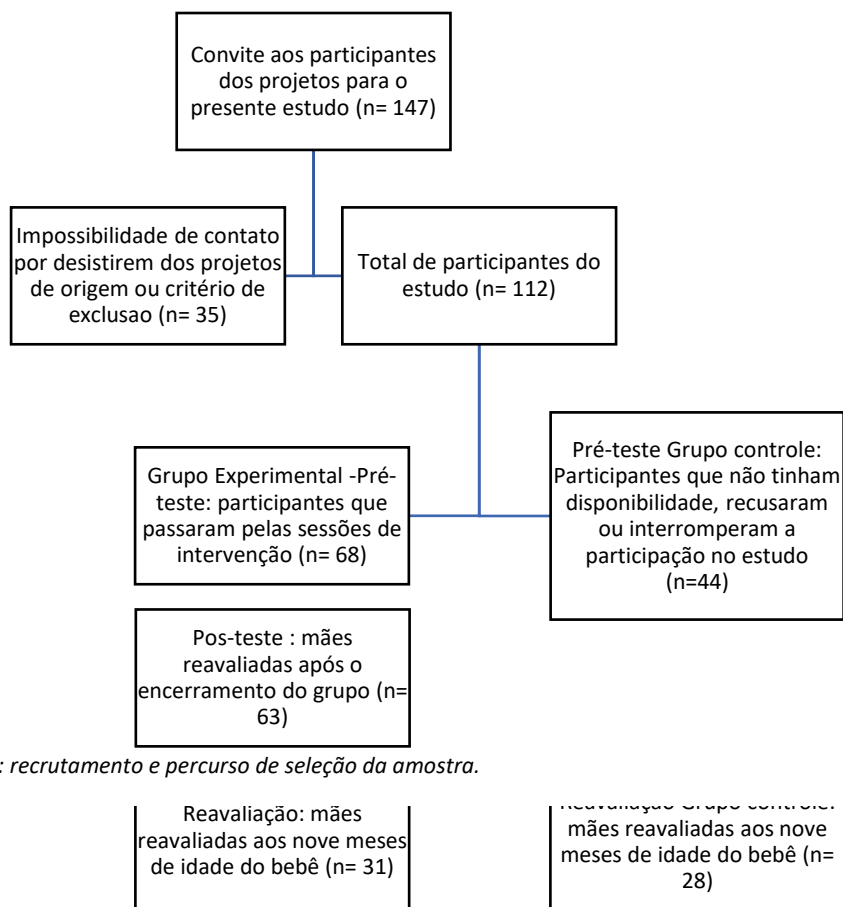


Figura 3: recrutamento e percurso de seleção da amostra.

eles. Nos dados da Tabela 1, observa-se que não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis sociodemográficas consideradas: a idade e escolaridade materna; o número de filhos e o nível socioeconômico.

Tabela 1. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas contínuas.

Variáveis (N=81)	G. Experimental		G. Controle		T	P
	Média	DesvPad	Média	DesvPad		
Idade materna	24,99	5,81	26,70	5,70	-1,125	0,259
Quantidade de anos de estudo	12,25	2,99	12,95	3,19	-0,799	0,391
Número de filhos	1,54	0,87	1,59	0,90	-0,271	0,793
Nível Socioeconômico	27,10	10,87	28,86	10,13	-0,719	0,429

t: Teste-T; p: significância (0,005)

O teste Teste Qui-quadrado foi utilizado para comparar as variáveis categóricas (condição de risco, tipo de família, tipo de parto e se faz uso de medicamentos) dos grupos com o objetivo de verificar a equivalência entre eles. A Tabela 2 indica que também não houve diferenças significativas entre os grupos. Neste caso o grupo Controle e Experimental, que compõem uma amostra de conveniência, variaram pouco considerando as variáveis sociodemográficas.

Tabela 2. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando as variáveis sociodemográficas categóricas.

		G. Exp.	G. Controle	X ²	P
Variáveis (N=81)		N (%)	N (%)		
Condição de risco	Prematuro	35 (51)	22 (50)	0,053	0,817
	Termo	33 (49)	22 (50)		
Tipo de família	Nuclear	46 (68)	30 (68)	0,004	0,9528
	Não nuclear	22 (32)	14 (32)		
Tipo de parto	Natural	24 (35)	10 (23)	0,480	0,488
	Cesárea	44 (65)	34 (77)		
Faz uso de medicamento Psiquiátrico	Sim	16 (24)	13 (30)	0,504	0,477
	Não	52 (76)	31 (70)		

X² = qui-quadrado; p= significância (0,005)

6.5. Instrumentos

6.5.1. Para a coleta de dados sociodemográficos

A Entrevista Inicial, que faz parte do prontuário do bebê nos referidos projetos e é composta por perguntas abertas para investigar dados sociodemográficos (configuração familiar, dados sobre

moradia, condições de saúde materna antes e após a gestação, condições de parto, internações, doenças etc.) e do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013)

6.5.2. *Para avaliação do stress percebido*

A Perceived Stress Scale (PSS-14) (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983) foi traduzida no Brasil como Escala de Estresse Percebido (PSS-10) e validada em três estudos (FARO, 2015; LUFT *et al.*, 2007; REIS *et al.*, 2010), tendo consistência de Alpha de Cronbach de 0,83, 0,77 e 0,96 respectivamente. A PSS avalia a percepção do indivíduo sobre quão imprevisíveis e incontroláveis lhe parecem os eventos de vida experienciados no último mês. É composta por 14 itens com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero a 56 pontos. Na presente pesquisa, foi utilizada pontuação acima de 30 pontos para considerar alto nível de estresse (FARO, 2015).

6.5.3. *Para a avaliação do Estresse Parental*

O Parenting Stress Index (PSI) (ABIDIN, 1983, 1990, 1995) é um questionário para aplicação a pais (mãe/pai) e faculta uma medida da intensidade do estresse que ocorre no sistema pais-criança. A adaptação brasileira denomina-se Índice de Estresse Parental (PSI) (PEREIRA *et al.*, 2016), 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” (AP), 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” (IC), 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” (CD) 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). Para análise da confiabilidade interna da escala e das subescalas foi utilizado o alfa de *Cronbach*, cujos valores variam de 0 a 1 e são considerados aceitáveis quando estão no intervalo de 0,70 a 0,90.

6.5.4. *Para a avaliação da ansiedade materna*

O State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch e Lushene. (1983), em sua versão para o Brasil como Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) por Biaggio e Natalício (1976; 1979) está autorizado para uso apenas para fins de pesquisa, avalia duas variáveis da ansiedade, uma como “traço”, que pode ser considerada como uma classe de comportamentos selecionados e mantidos considerando aspectos hereditários e de aprendizagens ao longo da história de vida. A outra dimensão é a “estado” caracterizando respostas emocionais a contingências aversivas no contexto de interação atual. Cada uma das escalas conta com 20 itens e os escores podem variar de 20 a 80 pontos. Os pontos de corte escolhido nesse estudo foram de 40 pontos para cada escala, segundo recomendação de Caumo, Calvetti e Henriques (2016), considerada ansiedade em nível clínico. Em relação à consistência interna da escala, o instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,88 na dimensão estado e 0,87 em traço para população feminina (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). O instrumento é composto por duas escalas, cada uma com 20 itens. De acordo com este inventário, a escala de Ansiedade Estado requer que o participante descreva como se sente “agora, neste momento” em relação a 20 itens apresentados em uma escala *Likert* de 4 pontos: 1- absolutamente não; 2- um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. De maneira semelhante, a escala de Ansiedade Traço também é composta de 20 itens, mas o participante recebe a instrução de que deve

responder como “geralmente se sente”. Nas duas dimensões avaliadas os escores podem variar de 20 a 80 pontos, os pontos de corte segundo manual: abaixo de 33 equivale a pacientes sem sintomatologia ou ansiedade leve, entre 33 e 47 a sintomatologia é classificada como média e pontuação acima de 48 indica alta sintomatologia. Em relação à consistência interna da escala, o instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,89 (ANDRADE *et al.*, 2001).

6.5.5. Para a avaliação de depressão pós-parto

A *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) de Cox, Holden e Sagovsky (1987), foi validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999) e por Santos *et al.* (2007) com o nome de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). É um instrumento autoaplicável composto por 10 questões que avaliam como a mulher se sentiu na última semana. Os sintomas abordados são: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta é associada uma pontuação que varia de zero a três. A somatória dos pontos das repostas resulta no escore da escala que varia de zero a 30. As qualidades psicométricas desta escala para um ponto de corte maior ou igual a dez são de 82.6% (75.3-89.9%) de sensibilidade e 65.4% (59.8-71.1%) de especificidade (FIGUEIRA *et al.*, 2009). Os autores sugerem o ponto de corte maior ou igual a dez para identificar mulheres com provável depressão pós-parto). Alfa de Cronbach encontrado foi de 0,87, demonstrando uma forte consistência interna.

6.6.Procedimento

6.6.1. Estudo Piloto

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética, realizou-se um estudo piloto com três mães. Este teve como objetivo avaliar a viabilidade da quantidade de encontros planejados, o tempo

estimado para cada etapa do grupo, adequar os temas, bem como verificar o entendimento dos conteúdos por parte do público-alvo e ajustar os protocolos de avaliação.

Verificou-se a necessidade de reduzir a quantidade de encontros e o tempo de atendimento de cada grupo. Essa decisão foi tomada levando em conta as características da amostra: as participantes, mães de bebês, embora avaliassem a necessidade de atendimento, dispunham de pouco tempo para dedicar aos encontros, pois, o bebê era prioridade tanto para a amamentação quanto para outros cuidados. Além disso, quando compareciam aos encontros, eventualmente não havia a possibilidade de outras pessoas ficarem com seus filhos. Em algumas sessões, alguns profissionais das instituições se voluntariaram a ficar com as crianças na brinquedoteca durante o atendimento.

6.6.2. Procedimento para a coleta de dados

A Tabela 3 contém as informações sobre as etapas de avaliação e reavaliação para cada grupo. As participantes do Grupo Experimental realizaram três avaliações. Imediatamente após o encerramento da intervenção elas realizaram um pós-teste ao qual as do Grupo Controle não foram expostas.

Tabela 3. Delineamento para o Grupo Experimental e Controle

	3 meses do pós-parto	Realizou intervenção	Pós intervenção	9 meses do pós-parto
Grupo Experimental	1ª avaliação da saúde emocional	Sim	2ª avaliação da saúde emocional	3ª avaliação de saúde emocional
Grupo Controle	1ª avaliação da saúde emocional	Não	-	2ª avaliação da saúde emocional

A partir dos resultados da primeira avaliação de saúde emocional, realizada como parte dos protocolos previstos nos projetos de extensão, as mães com indicadores clínicos, em qualquer das dimensões avaliadas pelos seguintes instrumentos, eram encaminhadas para este estudo: 1)

Escala de Estresse Percebido (PSS-10); 2) Índice de Stress Parental (PSI); 3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE); 4) Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). A pesquisadora realizava, então, individualmente o convite para participarem dos grupos fornecendo informações sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em caso de aceite, eram solicitadas informações adicionais sobre as queixas e alguns elementos da história de saúde (ex. consumo de medicação prescrita ou não, idade identificada com o início dos problemas de saúde e de comportamento etc.). Em seguida eram esclarecidas as condições de contato e de agendamento relativas ao procedimento durante o processo de intervenção. Após o término dos encontros as mães deste grupo eram reavaliadas. Aos nove meses do pós-parto estava programada a reavaliação da amostra toda, tanto Experimental quanto Controle por conta do protocolo estabelecido nos projetos de referência para as participantes do estudo, sendo assim houve discrepância entre a quantidade de avaliações entre os grupos.

6.6.3. Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo

O Procedimento Intervenção Terapêutica em Grupo contou com dois encontros individuais (primeiro encontro e devolutiva) e cinco encontros em grupo, com sessões semanais de duração de 1 hora e 10 minutos. A primeira sessão individual ocorreu antes do início do grupo e teve como objetivo tirar dúvidas e identificar os aspectos individuais da queixa. A segunda sessão individual ocorreu após o término do grupo, com objetivo de oferecer a devolutiva da avaliação de pós-teste, realizar avaliação do processo terapêutico e providenciar outros encaminhamentos, se necessário.

Sessões Terapêuticas: Foram conduzidas cinco sessões semanais de até 70 minutos cada, divididas em duas partes: (1) direcionamento da atenção ao momento presente (10 min); (2) psicoeducação e análise em grupo (60). Cada grupo foi liderado por duas facilitadoras, psicólogas das duas instituições onde o Procedimento Terapêutico ocorreu.

Foram formados 17 grupos, com três participantes em média (mínimo: 2; máximo: 5). Os grupos foram submetidos aos mesmos procedimentos de avaliação e de intervenção, porém em momentos distintos durante os meses de novembro de 2016 a novembro de 2019. As avaliações da saúde emocional foram realizadas por psicólogas das instituições e vinculadas aos projetos de origem. A intervenção contou com a participação ou supervisão da pesquisadora. Os encontros foram conduzidos por uma psicóloga e uma co-terapeuta. Todas as sessões de intervenção foram registradas em áudio digital.

6.6.4. Análise de dados

Inicialmente, realizou-se a organização de categorização do banco de dados sociodemográficos provenientes da Entrevista Inicial e da ABEP, a saber: condição de risco do bebê, sexo do bebê, quantidade de anos de estudo, idade, tipo de família, número de filhos, tipo de parto, classe social e se faz uso de medicamento psiquiátrico. A codificação dos instrumentos de saúde emocional foi realizada de acordo com as normas técnicas dos manuais ou artigos de orientação. Os dados foram digitados em planilhas do programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 22.0, para análise. Em seguida, procederam-se as estatísticas descritivas dos dados agrupados (frequência, média e desvio padrão) dos dados obtidos (sociodemográficos e resultados dos instrumentos). Para identificar a distribuição dos dois conjuntos, o teste de normalidade de Shapiro-Wilks foi realizado e indicou distribuição normal.

Para a caracterização e comparação dos dados sociodemográficos e indicadores de saúde emocional da amostra para o grupo Experimental e Controle realizou-se as análises comparativas entre grupos numa mesma condição. Para as comparações das variáveis sociodemográficas, para as variáveis numéricas o Teste-T para amostras independentes foi aplicado. Em todas as análises foi utilizado o critério de significância de $p \leq 0,05$.

Para os dados do PSI (Domínio da Criança, Domínio dos Pais, estresse de vida e total), do IDATE (A-estado e A-traço) procedeu-se o cálculo das médias e desvios padrões a partir das dimensões avaliadas pelos instrumentos. Para o PSS e para a EPDS, o cálculo das médias e desvios padrões foi realizado com base no escore total.

Para a comparação intragrupo experimental considerando as medidas de pré e pós-teste e reavaliação nos indicadores de saúde emocional materna foi utilizado a análise de variância de um fator (ANOVA) e para verificação de diferenças significativas entre as médias foi utilizado o teste de *Tukey*.

7. RESULTADOS

Os resultados encontram-se divididos em dois tópicos. No primeiro, há a caracterização e comparação dos indicadores de saúde emocional da amostra no pré-teste e na reavaliação, para o grupo experimental e controle, em cada instrumento. No segundo há a avaliação intragrupo, com as medidas de pré e pós-teste nos indicadores de saúde emocional materna.

7.1. Caracterização e comparação para os indicadores de saúde emocional da amostra no pré-teste e reavaliação aos 9 meses, para o grupo experimental e controle, em cada instrumento

Para comparar os grupos em relação aos indicadores emocionais antes da participação do GE na intervenção, foi utilizado Teste-T com o objetivo de verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dimensões de saúde emocional analisadas. Observa-se, no pré-teste, que as participantes do GC apresentaram médias estatisticamente mais altas na EPDS (GE=13,80; GC=16,63; $p=0,006$) e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI (GE=21,67; GC=37,25; $p=0,006$ $p=0,001$).

Tabela 4. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais no pré-teste.

Variáveis	G. Experimental (N=68)		G. Controle (N=44)		t	p
	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	13,80	5,42	16,63	6,38	-2,504	0,006
Idate (Estado)	49,44	9,06	48,31	10,27	0,608	0,271
Idate (Traço)	48,56	9,71	47,47	8,22	0,613	0,270
PSI (AP)	37,40	9,34	37,25	10,65	-0,082	0,467
PSI (IC)	21,67	11,69	37,25	9,49	-7,376	0,000
PSI (CD)	23,61	8,77	23,81	7,08	-0,130	0,448
PSI (Total)	81,52	22,72	82,36	26,02	-0,180	0,428
PSS	28,43	9,10	28,68	11,64	-0,126	0,450

t: Teste-T; p: significância (0,005)

A Tabela 5 apresenta os dados provenientes aplicação dos instrumentos aos nove meses, comparando as médias apresentadas pelas participantes. Também observou-se que as participantes do GC apresentaram médias mais altas em todas as dimensões avaliadas, com exceção do PSS e, diferenças significativas estatisticamente entre os grupos foram observadas na pontuação na EPDS (GE=8,33; GC=13,55; p=0,006), na dimensão Estado do IDATE (GE=19,52; GC=33,02; p=0,000) e em duas dimensões do PSI, angústia dos pais (AP) (GE=31,96; GC=38,78; P=0,006) e disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) (GE=21,27; GC=26,68; p=0,004).

Tabela 5. Estatísticas descritivas e significância entre os grupos Experimental e Controle, considerando os indicadores emocionais na reavaliação aos nove meses.

Variáveis	G. Experimental (N=31)		G. Controle (N=28)		T	P
	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	8,33	6,78	13,55	5,67	-2,617	0,006
Idate (Estado)	19,52	14,28	33,02	12,14	4,899	0,000
Idate (Traço)	48,46	10,48	49,00	7,43	-0,226	0,410
PSI (AP)	31,96	7,66	38,78	9,10	-3,371	0,006
PSI (IC)	21,27	8,00	26,68	10,95	-2,667	0,004
PSI (CD)	23,81	7,08	32,31	32,31	0,795	0,215
PSI (Total)	73,36	30,58	75,29	75,29	1,074	0,143
PSS	49,55	7,98	36,35	36,35	-0,969	0,167

t: Teste-T; p: significância (0,005)

4.3. Comparação intragrupo dos dados de pré-teste e das reavaliações dos indicadores de saúde emocional materna do Grupo Experimental e do Grupo Controle

Para avaliar possíveis diferenças significativas entre os dados de pré e pós-teste e da reavaliação dos indicadores de saúde emocional para o grupo de mães que passaram por intervenção, Grupo Experimental, foi utilizado a ANOVA. Os dados apresentados na Tabela 6 permitem observar diminuição dos escores com diferenças estatisticamente significativas na pontuação na EPDS da primeira para a segunda e terceira avaliação (1=13,80; 2=8,83; 3=8,33; $p=0,004$), na dimensão Estado do IDATE houve diferença no mesmo momento (1=49,44; 2=41,44; 3=19,52; $p=0,004$) e para o Traço entre a primeira e segunda aplicação (1=48,56; 3=48,46; $p=0,022$). O domínio angústia dos pais (AP) do PSI também teve diferença entre as médias entre as duas primeiras avaliações (1=37,40; 2=32,00; $p=0,008$). Para a percepção do estresse (PSS) as médias da primeira avaliação também eram maiores quando comparadas com o segundo e terceiro momento (1= 28,43; 2=23,02; 3= 22,55; $p=0,004$).

Tabela 6. Estatísticas descritivas e significância no Grupo Experimental, considerando os indicadores emocionais no pré e pós-teste e reavaliação.

Variáveis	Pré-teste (N=68)		Pós-teste (N=63)		Reavaliação (N=31)		F	P	Comparações
	Média	D. P.	Média	D. P.	Média	D. P.			
EPDS	13,80	5,42	8,83	6,34	8,33	6,78	9,298	0,004	1>2; 1>3
Idate (Estado)	49,44	9,06	41,44	9,94	19,52	14,28	9,362	0,004	1>2; 1>3
Idate (Traço)	48,56	9,71	41,60	12,44	48,46	10,48	3,914	0,022	1>2
PSI (AP)	37,40	9,34	32,00	6,32	31,96	7,66	4,927	0,008	1>2
PSI (IC)	21,67	11,69	17,55	7,10	21,27	8,00	2,388	0,094	Ns
PSI (CD)	23,61	8,77	20,97	7,19	23,81	7,08	1,679	0,188	Ns
PSI (Total)	81,52	22,72	70,00	21,56	73,90	30,58	3,671	0,275	Ns
PSS	28,43	9,10	23,02	7,99	22,55	7,98	8,99	0,004	1>2; 1>3

F: ANOVA; Comparações: Tukey; p: significância (0,005)

Para o Grupo Controle realizou-se a mesma análise com o Teste-T de amostras pareadas com o objetivo de avaliar possíveis diferenças significativas entre os dados de pré-teste e reavaliação dos indicadores de saúde emocional. De acordo com os dados apresentados na Tabela 7, houve diferença estatisticamente significativa em relação às duas avaliações deste grupo para o estado no IDATE, com diminuição da média na segunda avaliação (1=48,31; 2=33,02; p=0,000) e no do estresse pelo PSS, com aumento da média no momento da reavaliação (1=28,68; 2=36,35; p=0,030).

Tabela 7. Estatísticas descritivas e significância no Grupo Controle, considerando os indicadores emocionais no pré e reavaliação.

Variáveis	Pré-teste (N=44)		Reavaliação (N=28)		T	p
	Média	D. P.	Média	D. P.		
EPDS	16,63	6,38	13,55	5,67	1,660	0,102
Idate (Estado)	48,31	10,27	33,02	12,14	9,631	0,000
Idate (Traço)	47,47	8,22	49,00	7,43	-1,126	0,131
PSI (AP)	37,25	10,65	38,78	9,10	2,731	0,109
PSI (IC)	37,25	9,49	26,68	10,95	1,233	0,227
PSI (CD)	23,81	7,08	32,31	10,40	1,480	0,150
PSI (Total)	82,36	26,02	75,29	33,03	0,084	0,933
PSS	28,68	11,64	36,35	11,18	0,348	0,030

t: Teste-T; p: significância (0,005)

8. DISCUSSÃO

Levando em consideração que esse estudo foi elaborado a partir de uma amostra de conveniência, não houve ensaio clínico controlado para escolha dos participantes, o que poderia ocasionar em diferenças significativas entre os grupos nessas variáveis de risco também. Segundo as análises comparativas, os grupos apresentaram características semelhantes quanto ao perfil descrito acima. Com grupos homogêneos as análises das variáveis relacionadas a saúde emocional puderam ser conduzidas, considerando menor influência dos outros fatores de risco (COZBY, 2009).

Como proposições específicas, tendo em vista atender ao objetivo geral de comparação entre os resultados nos diferentes momentos de avaliação e reavaliação, foram delineados outros dois objetivos específicos: um com avaliação dos indicadores de saúde emocional entre os grupos (Experimental e Controle), aos três e nove meses de idade do bebê e, outro, para indicadores de saúde emocional intragrupo para o Grupo Experimental no pré-teste, pós-teste e reavaliação e, também, intragrupo para o Grupo Controle no pré-teste e reavaliação aos nove meses de idade do bebê.

A comparação entre os grupos em relação aos indicadores emocionais antes da participação das mães na intervenção indicou que os grupos diferiram quanto as médias na EPDS e na dimensão disfuncionalidade na interação mãe-filho (IC) do PSI. Mães do grupo Controle tiveram pontuação média estatisticamente maior. Este dado indicou que neste grupo existiam mulheres com mais dificuldade em relação aos sintomas descritos nos instrumentos. A EPDS, segundo revisão de O'Connor *et al.*, (2016) e recomendações de Cox (2019), é um instrumento indicado para triagem de depressão maior e menor e sua precisão aumenta quando se considera ponto de corte de 10, critério adotado neste estudo. A média de pontos nesta escala foi acima de 12 para ambos os grupos (GE: 13,80; GC=16,63). Esse resultado aponta para a presença de sintomas depressivos nesta população, entretanto, segundo as recomendações da escala, os seis pontos acima que o GC pontua não trazem informações a respeito de intensidade ou duração de sintomas, esta investigação deve ser feita através de entrevista psiquiátrica.

As mães do GC, expressaram média maior para depressão pós-parto e na escala que mede a percepção do estresse dos pais ou cuidadores em relação os cuidados com a criança. Neste caso, a hipótese da recusa em participar do grupo pode ter uma relação com essas variáveis. Provavelmente são mulheres que podem estar sob controle de contingências aversivas diante desse novo contexto de interação com seus bebês e, desta forma, participar de um grupo terapêutico envolveria um alto custo de resposta. No estudo de Nagle e Farrelly (2018) há um dado de que mulheres que já têm um

histórico clínico para sintomas de ansiedade e depressão relataram preferir procurar os serviços por iniciativa própria do que serem convidadas, considerando como motivo o estigma e o histórico pessoal de invalidação de profissionais de saúde. Neste sentido, é importante avaliar que, por se tratar de um estudo internacional, pode haver práticas diferentes para o acesso e busca por atendimento. Entretanto, quando observados os motivos pelos quais essas mulheres relataram preferir esta afirmação, pode ser considerada como uma esQUIVA.

Considerou-se, então, importante avaliar a forma de convite, o quanto as mulheres se sentiram incluídas nessa decisão e como são as interações nos serviços de saúde que elas frequentam. No presente estudo, o convite implicou em uma busca ativa por parte da pesquisadora e observou-se que as mães com mais dificuldades são as que menos aderiram às intervenções, provavelmente, como uma consequência do seu estado emocional frágil. Campos (2016), que investigou o índice de depressão pós-parto e interação mãe-bebê numa amostra bastante semelhante ao deste estudo, as participantes que tiveram maior pontuação na escala não aceitaram participar da filmagem de interação. Além disso, as que foram identificadas com critério clínico e encaminhadas não aderiram ao suporte oferecido, indicando uma prática cultural de não recorrer a rede de apoio diante da percepção de sintomas relativos à tristeza e dificuldade de interação.

Os dados relativos à segunda testagem geral, aos nove meses de idade do bebê, indicaram que as mães que compuseram o Grupo Experimental apresentaram médias mais baixas do que as mães do Grupo Controle em sete das oito dimensões dos instrumentos e, em quatro delas as diferenças foram estatisticamente significativas: na EPDS; na disfuncionalidade na interação mãe-filho; na dimensão Estado do IDATE e, em na dimensão do PSI, angústia dos pais e interação com a criança. A percepção das dificuldades relatadas pelas mães do Grupo Controle em relação as demandas da maternidade são maiores aos nove meses com a inclusão dos sintomas de ansiedade e a dimensão relacionada a relação da díade. O grau de exigência de um bebê aos três e nove meses é bastante diferente. O dado indica que, conforme os filhos começaram a ter mais competência para

interagir, essas mulheres avaliaram como uma tarefa difícil, o que pode ter aumentado o nível de respostas de evitação (HAYES *et al.*, 2001). A variável intervenção pode ter sido um fator de proteção ao grupo Experimental, já que tinha como foco reflexões sobre esse novo contexto de vida e o desenvolvimento infantil.

Quanto aos resultados das comparações intragrupo do Grupo Experimental relacionados ao terceiro objetivo específico, os indicadores de saúde emocional em três momentos de avaliação indicaram uma diminuição dos escores na EPDS em relação à primeira aplicação para a segunda e a terceira, sendo que a média inicial estava acima do ponto de corte e, nas outras duas avaliações, manteve-se abaixo, com uma pequena redução na terceira avaliação, indicando que as mães melhoraram e mantiveram índices baixos em relação aos sintomas depressivos. Em relação à percepção dos sintomas de ansiedade medidos pelo IDATE, em Estado as participantes também melhoraram da primeira para a segunda e terceira avaliação sendo que na terceira aplicação a média focou, também, abaixo do critério para sintomatologia ou ansiedade leve, ou seja, aos nove meses de vida do bebê as mulheres relataram perceber menos sintomas de ansiedade relacionada ao contexto atual. Outros dois dados que colaboraram são a redução das médias entre as duas primeiras avaliações no domínio angústia dos pais do PSI e em relação a percepção do estresse no PSS. A redução e manutenção das médias abaixo do critério clínico é um dado importante de generalização das habilidades aprendidas.

Para a dimensão Traço do IDATE houve uma pequena melhora entre a primeira e segunda aplicação (48,56; 48,46) mas ainda com médias que indicam alta sintomatologia, indicando que, quando avaliadas a partir dessa dimensão, que diz respeito a um período mais longo da história de vida dessas mulheres e, possivelmente, a participação no grupo teve pouco efeito. As respostas de ansiedade podem estar ligadas a outras histórias de aprendizagens que não foram analisadas ou o reforçamento de outras classes de respostas não foi suficiente para diminuir a frequência das anteriores.

Os resultados obtidos a partir da análise intragrupo experimental são importantes, pois segundo o modelo analítico-comportamental, as dificuldades de vida das pessoas e a maneira como elas agem diante delas, se esquivando, diminuem a probabilidade de acesso a reforçadores positivos (HETEM, 2004; COELHO; TOURINHO, 2008; SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; BANACO et al., 2014). Neste caso, relatar menos sintomas relativos à classe dos transtornos avaliados pode nos fornecer indícios de que elas estão esquivando menos e, ao avaliar os resultados da reavaliação aos 9 meses, após aproximadamente cinco meses passados da intervenção, indicaram que novas relações de aprendizagem em relação ao contexto emergiram e foram e mantidas.

Segundo Banaco, Zamignani e Meyer (2010), o processo psicoterapêutico tem como objetivo central promover qualidade de vida desenvolvendo habilidades de autoconhecimento para lidar com contextos que não têm recursos para mudar ou aceitar. A comparação dos dois momentos de avaliação do Grupo Controle indicou que, mesmo havendo uma pequena melhora qualitativa das mães, ainda assim o grupo experimental foi superior.

A forma de psicoterapia que tem se mostrado mais eficaz para saúde mental no pós-parto é a TCC (O'Connor *et al.* (2016) segundo as revisões do Task Force. Todavia, esse dado indica para a necessidade de realização de estudos com outras abordagens. As intervenções em psicoterapia breve pais-bebê no formato grupal foram destaque na revisão de Oliveira, Donelli e Reuse (2019). No presente estudo contou com uma intervenção em grupo com cinco encontros em terapia analítico-comportamental e obteve-se bons resultados. Também identificou-se algumas vantagens do trabalho em grupo com mulheres em que os sintomas e prejuízos eram leves ou moderados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes com mais dificuldade em relação aos sintomas descritos nos instrumentos compuseram o grupo Controle, neste caso, identifica-se a importância de serviços de busca ativa para intervenções terapêuticas com essa população já que possivelmente há uma prática cultural de

não recorrer a rede de apoio especializada diante da percepção de sintomas que podem causar prejuízos na qualidade de vida que pode ser explorada em estudos futuros.

Os resultados relativos ao efeito da intervenção na redução dos sintomas descritos foram significativos para esse tipo de terapia, dado importante considerando que atualmente as revisões indicam evidência para a Terapia Cognitivo-Comportamental. Realizar estudos Analítico-comportamentais contribuem para o aumento das evidências desta abordagem.

6. REFERÊNCIAS

- ABIDIN, R. R. Parenting stress index . Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. 1995.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- ANDRADE L., GORENSTEIN C., VIEIRA FILHO A.H., TUNG T.C., ARTES R... Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. Braz J Med Biol Res, Ribeirão Preto , v. 34, n. 3, p. 367-374, Mar. 2001.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil, 2015.

- BANACO, R. A. Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade, v. 8, p. 210-217, 2001.
- BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*, p. 175-191, 2010.
- BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*, p. 175-191, 2010.
- BANDINI, C. S. M.; DE ROSE, J. C. C. A abordagem behaviorista do comportamento novo. Santo André: ESETec, 2006.
- BAYLEY, Nancy. Bayley scales of infant and toddler development. PsychCorp, Pearson, 2006.
- BIAGGIO, A. M.; NATALICIO, L.; SPIELBERGER, C. D. The development and validation of an experimental Portuguese form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Dias-Guerrero R, editors. *Cross-cultural research on anxiety*. Washington, D.C.: Hemisphere/Wiley; p. 29---40. 24, 1976.
- BIGLAN, A.; HAYES, S. C.; PISTORELLO, J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention science*, v. 9, n. 3, p. 139-152, 2008.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em revista*, 2010, 16.2: 330-350.
- BRUM, E. H. M.; GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: evidências de dois casos. *Psico*, 2018, 49.3: 304-316.
- CALVETTI, P. U. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 4, 2017.
- CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico*, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 492-501, 2015.
- CAMPOS, Bárbara C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.
- CARVALHO, J. P.; HOPKO, D. R. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, v. 42, n. 2, p. 154-162, 2011.
- CHOWDHARY, N.; SIKANDER, S.; ATIF, N.; SINGH, N.; AHMAD, I.; FUHR, D. C.; PATEL, V. THE content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: a systematic review. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28.1: 113-133, 2014.

- COÊLHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. The concept of anxiety in behavior analysis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.
- COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, p. 385-396, 1983.
- 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, p. 677-683, 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.
- Cozby, P. C. Capítulo 4 – Estudo do comportamento. In: *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. 4ª ed. São Paulo, Atlas, 2009.
- CULHANE, J. F.; RAUH, V.; MCCOLLUM, K. F.; HOGAN, V. K.; AGNEW, K.; WADHWA, P. D. Maternal stress is associated with bacterial vaginosis in human pregnancy. *Maternal and Child Health Journal* v. 5 n. 2, p. 127–134, 2001.
- DELITTI; P. DERDYK, *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André, Esetec Editores, p. 33-57, 2008.
- DENNIS, C. L.; BROWN, J. V. E.; BROWN, H. K. Interventions (other than psychosocial, psychological and pharmacological) for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.
- DENNIS, C.; FALAH-HASSANI, K.; SHIRI, R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, v. 210, n. 5, p. 315-323, 2017.
- DRETZKE, J.; DAVENPORT, C.; FREW, E.; BARLOW, J.; STEWART-BROWN, S.; BAYLISS, S.; HYDE, C. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, v. 3, n. 1, p. 7, 2009.
- DUARTE-FIDELES, M. N.; VANDENBERGHE, L. Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. *Psicologia: teoria e prática*, v. 16, n. 3, 2014.
- ESTES, W. K.; SKINNER, B. F. Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, v. 29, n. 5, p. 390, 1941.
- FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.28 n. 1, p. 21-30, 2015.
- FARO, A.; PEREIRA, M. E. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. *Psicologia, saúde & doenças*, v. 14, n. 1, p. 101-124, 2013.
- FERSTER, C.B. A functional analysis of depression. *American Psychology*, v. 28 p. 857-870, 1973.

FIGUEIRA, P.; CORREA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA, M. A. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, supl. 1, p. 79-84, Aug. 2009 .

FORD, E.; ROOMI, H.; HUGH, H.; VAN MARWIJK, H. Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire. Primary Health Care Research & Development, 20, 2019.

FRIZZO, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J. L.; Piccinini, C. A. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de "honorrável fachada" em dois casos clínicos. Psicologia Clínica, 23.1: 133-155, 2011.

GARG, A.; CHREN, M. M, SANDS, L. P.; MATSUI, M. S.; MARENUS, K. D.; FEINGOLD, K. R.; ELIAS, P. M. Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. Archives of Dermatology v. 137 n. 1 p. 53–59, 2001.

GODOY, A. O processo da avaliação comportamental. MD Claudino, Trad.) Manual de técnicas de terapia comportamental e modificação do comportamento, p. 81-97, 1996.

GRADVOHL, S. M. O; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. Pensando famílias, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. Psicologia: teoria e prática, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. Behavior therapy, 47.6: 869-885, 2016.

HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Anxiety in the perinatal period: antenatal and postnatal influences and women's experience of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology, v. 31, n. 5, p. 465-478, 2013.

HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (ed.). Transtornos de ansiedade. Editora Atheneu, 2004.

HOLZEL BK, CARMODY J, EVANS KC, HOGE EA, DUSEK JA, MORGAN L, PITMAN RK, LAZAR SW. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. Social Cognitive & Affective Neuroscience v. 5 n. 1 p. 11–17, 2010.

HOPKO, D. R.; ROBERTSON, S.; LEJUEZ, C. W. Behavioral activation for anxiety disorders. The Behavior Analyst Today, 2006, 7.2: 212.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

HOWARD, L. M.; MEGNIN-VIGGARS, O.; SYMINGTON, I.; PILLING, S. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Bmj, v. 349, p. g7394, 2014.

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

- KNIGHT, M.; TUFFNELL, D.; KENYON, S.; SHAKESPEARE, J.; GRAY, R.; KURINCZUK, J. J. Saving lives, improving mothers' care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. Confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009-13. 2015.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company, 1984.
- LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Uma análise comportamentalista de relatos verbais e práticas educativas parentais: alcance e limites. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 19, n. 43, p. 239-247, 2009.
- LEON, K. A.; HYRE, A. D.; OMPAD, D.; DESALVO, K. B.; MUNTNER, P. Perceived stress among a workforce 6 months following hurricane Katrina. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* v. 42 n. 12 p. 1005–1011, 2007.
- LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 210-218, 2010.
- Liu, Y.; Kaaya, S.; Chai, J.; McCoy, D. C.; Surkan, P. J.; Black, M. M.; Smith-Fawzi, M. C. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(4), 680-689, 2017
- LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. D. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 606-615, 2007.
- MARTIN, G.; PEAR, J. Modificação de Comportamento: o que é e como fazer. São Paulo: Roca, 2009.
- MCALONAN, G. M.; LEE, A. M.; CHEUNG, V.; CHEUNG, C.; TSANG, K. W. T.; SHAM, P. C.; CHUA, S. E.; JOSEPHINE, G. W. S. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry* v. 52 n. 4 p. 241–247, 2007.
- MELTZER-BRODY, S.; HOWARD, L. M.; BERGINK, V.; VIGOD, S.; JONES, I.; MUNK-OLSEN, T.; MILGROM, J.. Postpartum psychiatric disorders. *Nature reviews Disease primers*, v. 4, n. 1, p. 1-18, 2018.
- MEYER, S. B. Sentimentos e emoções no processo clínico. Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiv-comportamental v. 2, 2001.
- NAGLE; FARRELLY, M. Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, v. 66, p. 79-87, 2018.
- NENO, S. Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5.2: 151-165, 2003.
- O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.

- O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, v. 315, n. 4, p. 388, 2016
- O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C.; HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016.
- O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, v. 9, p. 379-407, 2013.
- OLIVEIRA, K. L.; NORONHA, A. P. P.; DANTAS, M. A.; SANTAREMÆ, E. M. O psicólogo comportamental e a utilização de técnicas e instrumentos psicológicos. *Psicologia em Estudo*, v. 10 n. 1, 2005.
- OLIVEIRA, L. T.; DONELLI, T. M. S.; REUSE, B. Psicoterapia pais-bebê: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, 11.1: 109-123, 2019.
- PEREIRA, L. M.; SILVEIRA VIERA, C.; TOSO, B. R. G. O.; CARVALHO, A. R. S.; BUGS, B. M. Validação da escala Índice de Estresse Parental para o português do Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 6, 2016.
- PRENOVEAU, J. M.; CRASKE, M. G.; WEST, V.; GIANNAKAKIS, A.; ZIOGA, M.; LEHTONEN, A.; MURRAY, L. Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. *Developmental psychology*, v. 53, n. 1, p. 50, 2017.
- REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of health psychology*, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010., C. R. R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *Journal of health psychology*, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2010.
- RIBEIRO, M; F. M.; PORTO, C; C;; VANDENBERGHE, L. Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva*, v. 18, p. 1705-1715, 2013.
- RUIZ, M. R. Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices. *The Behavior Analyst Today*, v. 4, n. 1, p. 12, 2003.
- SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.
- SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study. *Rev Psiq Clin*, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.
- SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, 10.1: 33-47, 2017
- SESKEVICH, J. E.; PIEPER, C. F. Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. v. 13 n. 1 p. 38-44, 2007.

SHULMAN, B. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 2018, 235: 61-67.

SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sérió, trads.). Campinas: Editorial Psy II.(Original publicado em 1989), 1995..

SIDMAN, M. Coerção e suas implicações (MA Andery & TM Sérió, trads.). Campinas: Editorial Psy II.(Original publicado em 1989), 1995.

SILVA, E. C; LAURENTI, C. BF Skinner e Simone de Beauvoir: “a mulher” à luz do modelo de seleção pelas consequências. *Perspectivas em análise do comportamento*, v. 7, n. 2, p. 197-211, 2016.

SILVA, M. R.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Psicoterapia pais-bebê e depressão pós-parto materna: Participação do pai. *Paidéia*, 23(55), 207-215, 2013

Skinner, B. F. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo, SP: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1953), 2003.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 649-659, 2017.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L. State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key. Mind Garden, 1983.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1800-1819, 2014.

TAYLOR-PILIAE, R. E.; HASKELL, W. L.; WATERS, C. M.; FROELICHER, E. S. Change in perceived psychosocial status following a 12-week Tai Chi exercise program. *Journal of Advanced Nursing* v. 54 n. 3 p. 313–329, 2006.

TOURINHO, E.Z. Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. *Interação em Psicologia*, 10.1, 2006.

VASCONCELOS, L. A.; NAVES, A. R. C. X.; ÁVILA, R. R. Abordagem Analítico-comportamental do desenvolvimento. **Investigações históricas, conceituais e aplicadas em análise do comportamento**, v. 1, p. 1-30, 2010.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7.1: 77-92, 2005

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

A transição para a maternidade envolve importantes transformações, tanto biológicas quanto psicossociais (VASCONCELOS; NAVES; ÁVILA, 2010). O índice clínico de saúde emocional identificado nesta amostra indica que o contexto relacionado à maternidade aumenta a vulnerabilidade das mulheres, que estão mais suscetíveis a expressarem esses sintomas (GUÉRIN, 2017). No caso deste estudo, com foco nas variáveis externas, sobre o fenômeno foi identificado que mães do primeiro bebê, menor condição socioeconômica e a ausência de planejamento da gestação foram variáveis associadas ao aumento de chance de risco para alterações de saúde emocional nas mulheres dessa amostra. Considerando essas variáveis, ressalta-se a importância de realizar avaliações desses sintomas nessa população, principalmente em programas de saúde públicos, onde frequenta a população com menor renda.

Embora esteja na saúde pública a concentração de menor renda, planejamento familiar e a transição da maternidade, após o primeiro filho, são variáveis que representam práticas culturais dos brasileiros em todas as camadas sociais. Não há uma cultura de planejamento familiar nem serviços com foco na aprendizagem de comportamentos maternos. Programas que consistem em oferecer aprendizagem destes comportamentos de planejamento e transição também podem ser fatores de proteção e de prevenção (BIGLAN, 2015).

As situações estressantes que envolvem a maternidade podem resultar em mal-estar físico ou emocional (RAPOPORT; PICCININI, 2011). Observar e analisar esses comportamentos exige cuidado, para além da topografia, avaliar o grau de prejuízo dessas alterações. Por conta da situação de mudança natural ocasionada pela maternidade, alguns sinais de cansaço, tristeza, frustração vão ser experienciados e devem ser validados. Entretanto, quando o grau de sofrimento aumenta, elas devem receber atenção do clínico ou de profissionais de saúde.

Como alternativa para estabelecer um critério entre o sofrimento transitório, decorrente dessas mudanças de respostas crônicas, foi utilizar as categorizações psiquiátricas avaliadas pelos instrumentos validados para rastreamento de transtornos mentais específicos (LEME; BOLSONI-

SILVA; CARRARA, 2009; COZBY, 2009; MEYER, 2001). Além de ampliar a sintomatologia, para além da depressão pós-parto, incluindo os sintomas de estresse e ansiedade. Esses instrumentos servem como guias para avaliações mais precisas e puderam selecionar uma amostra que tinha uma determinada frequência de sintomas importantes para a intervenção. Considerando esses sintomas, as análises estatísticas evidenciaram redução dos índices após a intervenção, um dado que expressa a efetividade da oferta de atendimento para essas mulheres, evidências quantitativas.

Para a análise qualitativa também houve relatos que indicaram mudança, tanto de aprendizagens sobre comportamentos adaptativos e de aceitação das mudanças advindas do contexto da maternidade, quanto de habilidades de resolução de problemas da rede de apoio ou com seu bebê. Os dados dos dois estudos finais indicam que a intervenção foi uma variável protetiva; de maneira geral, após a intervenção as mães relataram sentir-se mais habilidosas para essa tarefa e com isso mais resilientes.

REFERÊNCIAS GERAIS:

ACHENBACH, T. M. Developmental psychopathology. In: BORNSTEIN, M. H. & LAMB, M. E. (ORGS.). **Developmental Psychology: An advanced textbook**. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 629-676. 1992.

BANACO, R. A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. **Sobre comportamento e cognição**, v. 4, p. 75-82, 1999.

BIGLAN, Anthony. **The nurture effect: How the science of human behavior can improve our lives and our world**. New Harbinger Publications, 2015.

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

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

CAMPOS, B. C. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO ENTRE MÃES E BEBÊS DE QUATRO A SEIS MESES DE IDADE. 2016. 49 f. **Dissertação (Mestrado)** - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) - Brasil, Bauru, 2016.

- CARR, E. G.; LANGDON, N. A.; YARBROUGH, S. C. **Linking functional assessment to effective intervention. Functional analysis of problem behavior**, p. 7-31, 1999.
- CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 139-147, 2012.
- COSTA, N. O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 13.2: 46-57 (2011)
- COUTO, A. G; DITTRICH, A. Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. **Perspectivas em análise do comportamento**, 2017, 8.2: 147-158.
- Cozby, P. C. Capítulo 4 – Estudo do comportamento. In: **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 4ª ed. São Paulo, Atlas (2009)
- FALK, J. L.; KUPFER, A. S. Adjunctive behavior: Application to the analysis and treatment of behavior problems. 1998.
- FOLLETTE, W. C.; NAUGLE, A. E.; LINNEROOTH, P. J. N. Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. 2000.
- GARBOIS, J.A; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M, Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.
- GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.
- GUÉRIN, B. How to rethink human behavior: A practical guide to social contextual analysis. **Routledge**, 2016.
- GUILHARDI, H. J. Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil. **Trabalho apresentado no XXI Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental**, Curitiba, PR. Recuperado de [www. terapiaporcontingencias.com. br/txt/terceiraonda. pdf](http://www.terapiaporcontingencias.com.br/txt/terceiraonda.pdf), 2012.
- LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Uma análise comportamentalista de relatos verbais e práticas educativas parentais: alcance e limites. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 239-247, 2009.
- LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- LIBERATO M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 2009.
- MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, v.56 n.3, p. 227-238, 2001.
- MEYER, S. B. Sentimentos e emoções no processo clínico. **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitiv-comportamental v. 2**, 2001.
- PINHEIRO, D. P. N. Resilience in discussion. **Psicologia em estudo**, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.
- 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.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**, p. 7-51, 2002.

SKINNER, B. F. Seleção por conseqüências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2007, 9.1: 129-137.

STURMEY, P. **Functional analysis in clinical psychology**. John Wiley & Sons, 1996.

TOURINHO, E. Z.; SÉRIO, T. M. A. P. Definições contemporâneas da análise do comportamento. **Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas**, p. 1-13, 2010.

VILAS BOAS, D. L. O.; BANACO, R. A.; BORGES, N. B. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. **Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos**. São Paulo, Artmed, p. 95-101, 2012.

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

Parecer “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 11187/46/01/2012)

127

Parecer “Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães” (aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru, Processo nº 2.088.004-

Pragmatics of the text

Acceso

Regina O. de O.

Anexo 3: Questionário de avaliação da sessão anterior

NOME: _____

Avaliação do grupo:

1- Assinale a intensidade que você sentiu estressada última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2- Assinale a intensidade que você sentiu ansiosa última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3- Assinale a intensidade que você sentiu triste última semana:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4- Lembre-se da última sessão, o quanto você avalia que os assuntos e análises propostas ajudaram durante sua semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5- Quantos comportamentos novos você conseguiu realizar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Anexo 4: Questionário de avaliação das condições da intervenção.

Questionário de Avaliação da Intervenção

Olá, este momento gostaria que você pudesse me dizer um pouco do que achou do processo nesses cinco encontros. Ao lado de cada pergunta você pode assinalar com um “X” uma nota que você avalie que representa, em seguida tem o convite para expressar algo mais detalhes, com suas próprias palavras:

Obrigada!

1- De maneira geral, que nota daria para o tratamento que você recebeu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2- Quanto ao convite e explicações sobre no que consistiria o grupo:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3- Sobre a organização e o local de realização (horários, sala, temas abordados):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4- Relação com as terapeutas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O tratamento:

1- O que mais gostou nos atendimentos?

2- O que menos gostou?

3- Você tem alguma sugestão para melhorar os atendimentos? (sugestão: você pode pensar nos itens das notas acima)

Apêndice 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente instrumento atende às exigências da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, portador/a da cédula de identidade _____, pai (mãe) da(o) menor _____, após leitura deste documento e explicações dadas pela pesquisadora sobre a pesquisa, autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: “BEBÊS PREMATUROS: PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO E APOIO EMOCIONAL ÀS MÃES”, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação minha ou de meu filho. Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo na SORRI – Bauru. 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. O projeto tem como objetivos: promover o desenvolvimento motor, social, cognitivo e de linguagem de bebês prematuros, a partir de uma avaliação inicial e reavaliações trimestrais, encaminhando-os para avaliações mais acuradas nas diferentes especialidades e, identificar indicadores emocionais de mães de bebês, antes e depois da participação em programas de atendimento terapêutico. Caso o/a participante da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP, campus de Bauru, sito na Avenida Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01.

Por estar de acordo assina o presente termo.

Bauru, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável