



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Eloisa Pelizzon Dib

**Interação Mãe-Bebê: Implicações da Ansiedade e
Depressão Materna Crônica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: **Prof^a. Dr^a. Gimol Benzaquen Perosa**

**Botucatu
2016**

ELOISA PELIZZON DIB

Interação Mãe-Bebê: Implicações da Ansiedade e Depressão Materna Crônica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gimol Benzaquen Perosa

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Dib, Eloisa Pelizzon.

Interação mãe-bebê : implicações da ansiedade e
depressão materna crônica / Eloisa Pelizzon Dib. -
Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Gimol Benzaquen Perosa
Capes: 40602001

1. Mulheres - Saúde mental. 2. Relações Mãe-Filho. 3.
Depressão. 4. Depressão pós-parto. 5. Ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade materna crônica; Depressão
materna crônica; Interação mãe criança; Saúde mental
materna.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

À Deus, e a minha família, pela vida e por me amarem incondicionalmente.

À minha mãe querida, Elizabeth, que me ensinou a viver com dignidade, os valores da vida, pelo amor e por nunca medir esforços para me proporcionar o melhor.

Ao meu pai querido, Leonardo, pelo incentivo, apoio, amor, carinho dedicados a mim ao longo da vida.

Ao meu irmão querido, Tiago, pelo companheirismo, amor, e por ser meu porto seguro.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço especialmente:

À Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa

Pelo papel que tem em minha formação;

Pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal que me concedeu;

Pelo apoio, atenção, carinho e respeito dedicados a mim no decorrer deste tempo em que trabalhamos juntas;

Pela dedicação e exemplo de humildade, que abriram espaço para o meu amadurecimento.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

À Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A todas as mães e crianças que aceitaram participar desta pesquisa, compartilhando desse momento tão especial em suas vidas; sem essa colaboração nada disso seria possível.

A Rafaela Almeida Schiavo pelo apoio e contribuição para que esse trabalho fosse realizado.

À professora Doutora Flávia Helena Padovani e a professora Doutora Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues pela atenção e disponibilidade em compartilhar suas experiências, dando contribuições a este trabalho no exame de qualificação.

Ao Grupo de Apoio a Pesquisa (GAP) da Universidade Estadual Paulista, especialmente ao estatístico Hélio Rubens, pelas análises e orientações de parte da pesquisa.

A amiga Luciana Carnier, pela ajuda nas análises dos vídeos utilizados nesta pesquisa, e pelo apoio carinhoso sempre. Muito obrigada!

Ao Guilherme Lopes, querido companheiro de todas as horas, por toda ajuda, carinho, amor, paciência, compreensão, com que sempre soube me acompanhar nos momentos bons e ruins. Acima de tudo, agradeço pela cumplicidade que nos une e fortalece cada vez mais. Obrigada por tudo!!

À minha família, avó Nina, avô Américo, avó Norma e avô Paulo (in memoriam), tio David e tia Josiane, por todo apoio, carinho, respeito e exemplos de vida e também por ser minha rede de apoio. Muito obrigada!

A minha pequena prima e afilhada Maria Clara, que já sabe que o amor é maior suporte da vida e como fazer “meu mundo” mais alegre...

A minha família de Botucatu, minhas queridas amigas de todas as horas, Luana Valera, Layla Coco, Tamiris Lauretti e Laila Suiama, agradeço o apoio afetivo.

Aos meus sogros pelo carinho, apoio e exemplos de profissionais.

À equipe do CAPS 1 de Botucatu, queridos companheiros de trabalho, pela compreensão deste momento tão importante. Muito obrigada!

E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, compartilhando experiências e conhecimentos.

***"Quando somos capazes de
ajudar os pais a ajudarem aos
filhos, o que fazemos na verdade
é ajudá-los a eles mesmos"***

Donald D. Winnicot.

RESUMO

Há evidências na literatura mostrando que depressão e ansiedade crônica materna têm reflexos nas relações da díade mãe-criança e acabam afetando a interação. Neste estudo, pretendeu-se identificar as características da interação de crianças de um ano e suas mães, portadoras de sintomas de ansiedade ou depressão crônica, comparando-as com as características interativas de díades em que a mãe não apresentou problemas de saúde mental. A amostra foi composta por 40 díades mães/bebês selecionadas de um estudo de coorte prospectivo anterior, em que elas foram avaliadas quanto à ansiedade, pela escala IDATE traço/estado e depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI), em três momentos: na gestação, aos 6 e 14 meses de vida do bebê. Formaram-se três grupos: 10 mães com sintomas de ansiedade crônica, 8 mães com sintomas de depressão crônica e 22 mães no grupo controle, sem problemas de saúde mental, nas três avaliações. As mães responderam a um questionário socioeconômico e em seguida foi gravado um episódio interativo da díade, de 7 minutos, avaliando-se cada minuto, a partir das categorias sugeridas do Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (NUDIF). Dois observadores independentes categorizaram as observações e foi calculado o índice de fidedignidade. Após análise descritiva dos dados, se realizou associação estatística entre os sintomas maternos crônicos e interação mãe/filho. Houve alta correlação entre as categorias de comportamentos maternos e as categorias de comportamentos infantis, caracterizando o episódio como interativo. Identificou-se que quanto mais sensíveis, estimuladoras e positivamente afetivas eram as mães, as crianças se mostravam mais envolvidas e integradas, demonstravam mais afeto positivo. Ao comparar os comportamentos interativos nos três grupos, pode-se observar que mães com sintomas de depressão crônica foram significativamente menos sensíveis, mais desengajadas e demonstravam menos afeto positivo que as mães do grupo controle. Elas também estimulavam menos e demonstravam mais afeto negativo, quando comparadas tanto com grupo controle quando com grupo com sintomas ansiosos crônicos. As mães do grupo controle, por sua vez, apresentaram menor intrusividade quando comparadas tanto com as mães do grupo com sintomas ansiosos, quanto com grupo de depressão crônica. Quanto às crianças, os filhos de mães com sintomas de depressão crônica interagiram significativamente menos que mães com sintomas crônicos de ansiedade e controle. Os resultados alertam para atenção especial em nível de políticas públicas voltadas para identificação precoce de problemas da saúde mental materna, fim de minimizar ao máximo suas consequências para a interação mãe/bebe.

Palavras chave: Saúde mental materna; Interação mãe criança; Depressão materna crônica, Ansiedade materna crônica.

ABSTRACT

There are evidences in the literature indicating that chronic maternal anxiety and depression have influence over a mother-child relationship and then it affects the interaction. This study aims to identify characteristics in the interaction between one-year children and their mothers, who have symptoms of chronic depression or anxiety, and to compare them with characteristics in the interaction of pairs with mothers who did not have mental health problems. A sample was composed of 40 mother/child pairs selected from a previous prospective cohort study where they were evaluated for anxiety, with state-trait anxiety inventory (STAI), and for depression, with Beck's depression inventory (BDI), at three instants: on pregnancy, at a baby's 6-month and 14-month of life. Those mothers who scored in all the three evaluations were considered chronic patients. Three groups were formed: 10 mothers with chronic anxiety symptoms, 8 mothers with chronic depression symptoms, and 22 mothers with no mental health problem. First, all mothers filled out a social economic survey. Following the survey, a 7-minute interactive episode of one pair was recorded and categorized minute by minute through categories suggested at the Dyadic Interaction Assessment Form (NUDIF) by two independent investigators. After a descriptive data analysis, an inferential statistical analysis was performed. Correlation was high between maternal behaviors and child behaviors, and the episode was deemed interactive. It was noted that the more sensitive, stimulating and positively affective mothers were, the more integrated and involved the children acted, showing more positive affection. Comparing the three groups, mothers with chronic depression symptoms were significantly less sensitive, showed less positive affection and had less involvement in the interaction when compared with mothers in chronic anxiety symptom group and control group. On the other hand, children of chronic depressive mothers took part in the interaction less than children in other groups. Regarding the group of mothers with chronic anxiety symptoms, their children's behaviors and their own behaviors were similar to those in the control group. Results of this study emphasize that maternal mental health has been a problem requiring special attention from public policies for its early identification, improvement in assistance and treatment, in order to minimize as low as possible the consequences in the mother/baby interaction.

key words: maternal mental health; mother-child interaction; chronic maternal depression, chronic maternal anxiety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das crianças.	34
Tabela 2 – Características maternas.....	35
Tabela 3 – Características das famílias.	36
Tabela 4 – Chance de risco para ansiedade dentre as variáveis sociodemográficas.	37
Tabela 5 – Chance de risco para sintomas de depressão dentre as variáveis sociodemográficas.	37
Tabela 6 – Comparação das variáveis sociodemográficas e condições de nascimento nos três grupos	38
Tabela 7 – Correlação entre os comportamentos da mãe e da criança na situação interativa.	39
Tabela 8 – Comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa.....	40
Tabela 9– Comparação dos comportamentos interativos infantis e maternos nos grupos: controle, ansiedade e depressão crônica.	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	As primeiras interações mãe/filho: Função e características	11
1.2	Avaliação das interações mãe/filho	12
1.3	Fatores de risco para uma boa interação: a saúde mental materna..	14
	A. Ansiedade materna.....	15
	B. Depressão materna.....	17
	C. A cronicidade dos quadros.....	21
2	OBJETIVO	24
2.1	Objetivos específicos.....	24
3	MÉTODO	25
3.1	Aspectos éticos	25
3.2	Local de estudo	25
3.3	Participantes.....	25
3.4	Materiais e Instrumentos	27
3.5	Procedimento.....	31
3.6	Análise dos dados.....	31
4	RESULTADOS	34
4.1	Perfil da amostra	34
4.2	Fatores de risco e proteção para sintomas ansiosos e depressivos	36
4.3	Comparação dos grupos	38
4.4	Correlação entre os comportamentos da mãe e da criança na situação interativa	39
4.5	Comparações dos comportamentos da mãe e da criança na situação interativa	40
5	DISCUSSÃO	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXOS	71

1 INTRODUÇÃO

Desde a primeira infância, a criança está inserida em uma estrutura familiar responsável pela gênese dos principais vínculos, assim como pelos cuidados e estímulos necessários para seu crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, é indispensável que ela propicie um ambiente incentivador, protetor e seguro para que a criança possa aprender e se desenvolver.

Dentre os componentes da família, a mãe, especialmente nos primeiros tempos de vida, é responsável pelos cuidados básicos, tem a função de proteger e fornecer uma “base segura” à criança, tornando-se a principal figura de vinculação do bebê em um período crítico para o desenvolvimento afetivo e da formação do apego (AINSWORTH *et. al.* 1978, BOWLBY, 1969).

O papel protetor da mãe e o prazer vivenciado nos encontros diádicos, durante o primeiro ano de vida, podem ajudar a superar situações estressantes e conflituosas entre pais e filhos (DOLLBERG, FELDMAN e KEREN, 2010). Segundo a UNICEF (1990), especialmente em ambientes desfavoráveis, a capacidade materna de cuidar adequadamente da criança e de otimizar os recursos disponíveis exerce um efeito positivo sobre a saúde da criança, amenizando o efeito de fatores adversos, durante os períodos de maior vulnerabilidade da criança, como durante a vigência de uma doença infecciosa, no desmame ou quando a família está passando por uma crise financeira.

1.1 As primeiras interações mãe/filho: Função e características

De acordo com J. Bowlby (1973/1984) nos primeiros momentos de vida, um conjunto de predisposições que o bebê tem ao nascer facilitam o relacionamento da criança com a mãe porque demandam proximidade do adulto. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve entre eles, denominado apego, condicionado tanto pelas às capacidades cognitivas e emocionais da criança, como à consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade da mãe ou de cuidadores (BOWLBY, 1973/1984; DALBEM e DELL AGLIO, 2005).

A função do sistema de apego está em garantir que as crianças se liguem às pessoas de quem poderão obter cuidados e proteção (ANDRADE *et al.*, 2005). Quando a criança se assegura, repetidamente, que suas necessidades físicas e

emocionais serão satisfeitas, ela começa a desenvolver um sentimento de confiança básica que a conduz à construção de um apego seguro e que é fundamental para sua independência. Quanto mais segura for a vinculação da criança ao cuidador, a criança se tornará mais independente e terá condições de desenvolver melhores relações com os outros (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2001). Para Gomide (2004), a história de interação da criança com seus cuidadores durante os primeiros anos é a base para suas futuras relações sociais.

1.2 Avaliação das interações mãe/filho

A interação mãe-bebê e a qualidade das primeiras relações continuam sendo o foco dos estudiosos preocupados com o curso do desenvolvimento, a curto e longo prazo (LOPES e ARRUDA, 2007).

Diversos constructos foram utilizados nos estudos da relação mãe/criança para designar as características interativas desejáveis e necessárias para assegurar um bom desenvolvimento do apego entre as crianças e os cuidadores. Para Kreisler (1999) e Mazet e Stoleru (1990), por exemplo, a interação mãe/filho saudável deveria contemplar algumas qualidades essenciais como prazer no contato, quantidade adequada de estimulação, reciprocidade, flexibilidade e estabilidade. Em contraposição, as interações insatisfatórias se caracterizariam por pouco investimento prazeroso, insuficiência ou sobrecarga de estimulação, falta de reciprocidade, de flexibilidade e instabilidade.

Para Piccinini, Alvarenga e Frizzo, (2007) os pesquisadores interessados nas relações iniciais, ao avaliar a qualidade das interações, priorizaram a responsividade materna, por considerá-la fundamental na construção de uma relação de mutualidade, além de funcionar como um fator mediador, um possível mecanismo de proteção. A habilidade da mãe em perceber e responder adequadamente às necessidades e formas comunicativas da criança, assumindo, portanto, uma posição central nos eventos, marcam as experiências iniciais da díade (RUTTER, 1984). A resposta contingente da mãe levaria a criança a um estado de segurança que possibilita explorações e intervenções no ambiente, aumentando as chances de um bom desenvolvimento cognitivo assim como a aquisição de habilidades sociais (MOURA, 2007).

A responsividade materna seria modulada por fatores múltiplos e variados, tanto pelas características da mãe, do ambiente sócio-afetivo, como por características dos bebês que acabam tendo forte influência no comportamento materno(VIEIRA e PRADO, 2004).Por outro lado, a não responsividade materna, muitas vezes decorrente de alterações emocionais, já foi associada com o comprometimento nos cuidados, com resultados adversos no estabelecimento do apego e no desenvolvimento emocional (BRUM e SCHERMANN, 2004).

Pesquisadores alertam que a responsividade não conta com uma definição consensual, os indicadores empregados nas diferentes pesquisas são bastante variados, pode prejudicar a comparação dos resultados e ela pode ser confundida com outros conceitos como o de sensibilidade (LORDELO,2002; RIBAS, MOURA e RIBAS JR,2003).

O conceito de sensibilidade, por sua vez, ganhou importância crescente na descrição e explicação do desenvolvimento infantil, a medida que pesquisas mostravam que estava fortemente associado à formação dos vínculos do apego (ISABELLA e BELSKY, 1991). Para Van de Bomm (1994), sensibilidade seria a atenção e percepção consistentes e contingentes da mãe, interpretadas e seguidas de respostas apropriadas aos sinais da criança, levando à sincronização da díade. Essa sincronia caracterizaria a experiência como interativa, recíproca e mutuamente recompensadora e refletiria tanto o comportamento da mãe, quanto do bebê.

Crianças cuidadas de forma sensível e responsiva tendem a desenvolver um padrão de apego seguro, que se traduzia em confiança na mãe e na sua disponibilidade emocional. De modo contrário, crianças cujos cuidadores tinham pouca sensibilidade e responsividade tendem a desenvolver apego inseguro, e, como consequência, falta de confiança, atitude negativa em relação ao mundo, aumentando a chance de desadaptações futuras (PICCININI, ALVARENGA e FRIZZO,2007).

Além da responsividade e sensibilidade, do ponto de vista emocional, a proximidade física e o toque materno parecem ter um impacto importante na regulação emocional da criança (WELLER e FELDMAN, 2003). Segundo pesquisa do NICHD-Early Child Care Research Network (2004), a regulação emocional é um conjunto de estratégias que se organizam e se desenvolvem ao longo dos primeiros anos, ativando a emoção que a criança demonstra em interação com o ambiente e em particular com os cuidadores. Mesmo quando o objetivo maior da mãe está em

estimular a criança ou envolvê-la em atividades de jogo, as interações não podem ser destituídas de uma vertente afetiva - uma voz calorosa, um timbre variado e consonante com a atividade e humor da criança, conjugado com uma expressão facial aberta, sorridente e disponível, que compõem uma atmosfera convidativa à participação da criança e demonstram a aceitação materna (FUERTES et al. 2010).

Se a maioria das pesquisas se centraram na figura da mãe e seu papel na interação, Piccinini, Frizzo e Marin (2007) propõem que para avaliar a contento a interação diádica de crianças pequenas, é preciso levar em conta, também, a participação da criança e a relação existente entre elas. Assim, seus instrumentos de avaliação, além de contemplar as características do cuidador (sensibilidade, estimulação cognitiva, afeto positivo, afeto negativo, desengajamento e intrusividade), consideram os comportamentos da criança: seu envolvimento, interação, afeto positivo e negativo.

Outros estudos reforçaram a concepção que a situação interativa não é determinada apenas pelo comportamento materno, mas que conta com a participação da criança, caracterizando-se como uma situação bidirecional (LORDELO, 2002; KLEIN e LINHARES, 2006; SEIDL DE MOURA et al., 2008). Se a presença da mãe age como facilitador para um conjunto significativo de aspectos do desenvolvimento do filho, são as características da criança que eliciam responsividade e cuidados dos agentes com os quais ela interage, harmonizando e sincronizando a relação (PICCININI et al., 2001; ZAMBERLAN, 2002).

1.3 Fatores de risco para uma boa interação: a saúde mental materna

São vários os fatores que a literatura aponta como fatores de risco para uma boa interação mãe/filho: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, densidade habitacional, fragilidade nos vínculos familiares, conflitos, doença crônica de um dos componentes da família, violência e maus-tratos (FIGUEIRAS, 2005; RIBEIRO, PEROSA e PADOVANI, 2013).

Nas últimas décadas, problemas de saúde mental materna, também, passaram a ser considerados fatores de risco para a boa adaptação do filho. A depressão crônica ou ansiedade extrema da mãe, quando manifestos nas relações iniciais da díade ou durante o curso da infância, parecem afetar o desenvolvimento da criança. Esses quadros tem sido foco de preocupação dos pesquisadores e dos

serviços de saúde pelo efeito que podem provocar no desenvolvimento infantil, mesmo quando há remissão da patologia materna (ENGLE, 2009; FRIZZO; PICCININI, 2005; GOODMAN; ROUSE, 2010; PATEL; SOUZA; RODRIGUES, 2003; SARAIVA, 2007; SILVA, 2012).

A. Ansiedade materna

Biaggio e Natalício (1979) conceituam dois tipos de ansiedade: estado e traço. A ansiedade-estado (A-Estado) está ligada a um momento, evento ou situação particular, causando uma condição emocional transitória no indivíduo, que se caracteriza pelo aumento subjetivo da tensão e apreensão conscientemente percebidas e por alterações fisiológicas decorrentes do aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Já a ansiedade-traço (A-Traço) está relacionada a características da personalidade do indivíduo, representando o modo como esse reage diante de situações ansiogênicas ou de conflito ao longo de sua vida.

Ela é uma desordem mental que pode aparecer na gravidez (FAISAL-CURY et al., 2009; FAISAL-CURY; MENEZES, 2007), e também no puerpério (BREITKOPF et al., 2006; CORREIA E LINHARES, 2007; SCHIAVO; RODRIGUES, 2011). Em revisão bibliográfica, Correia e Linhares (2007) observaram que níveis elevados de ansiedade materna no período pré e pós-natal se relacionaram com complicações obstétricas, danos ao desenvolvimento fetal, problemas emocionais e de comportamento na infância e na adolescência. Segundo as autoras, a avaliação da ansiedade materna é relevante para identificação de riscos na saúde mental da mãe e no desenvolvimento da criança, inclusive porque já se observou co-ocorrências entre os níveis de ansiedade e depressão materna.

Os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos são comuns e frequentes na população em geral, com taxas de prevalência duas vezes maior nas mulheres (HICKS, CUMMINGS e EPSTEIN, 2010) e, frequentemente acompanham outros problemas de ordem afetiva (CORREIA e LINHARES, 2007). Dependendo do grau e da frequência com que as mulheres estiveram expostas, a ansiedade pode se tornar patológica, tanto para a mãe como para o desenvolvimento do filho, assim como para a relação entre eles (SILVA, 2014).

O'Connor et al. (2002) em estudo longitudinal onde se avaliou a ansiedade e depressão materna de mulheres inglesas, desde a gestação até o filho completar 48

meses de idade, mostrou que crianças cujas mães tiveram altos níveis de ansiedade no final da gestação apresentaram problemas emocionais e comportamentais aos quatro anos de idade. Posteriormente O'Connor, Heron, Golding e Glover (2003), verificaram que essas mesmas crianças continuavam apresentando problemas emocionais e comportamentais aos 81 meses.

A ansiedade pode, também, acometer a mulher no puerpério. Para Wenzel, Haugen, Jackson e Brendle (2005) a taxa de transtorno de ansiedade generalizada é mais elevada em puérperas do que em mulheres da população geral e os transtornos de ansiedade são mais presentes em puérperas do que a depressão. No Brasil, Faisal-Cury; Menezes (2006) identificaram uma prevalência de Ansiedade-estado puerperal de 45% e Ansiedade-traço de 46% e Schiavo e Rodrigues (2011), uma prevalência de alta ansiedade-estado de 27% em puérperas.

Os quadros de ansiedade são muito frequentes em mulheres em idade reprodutiva, sem companheiros, que passaram por um grande número de situações geradoras de estresse (CLAVARINO et al., 2010). Para Britton (2008), a ansiedade materna aumenta no primeiro mês após o parto e se pode prever maior risco de ansiedade no puerpério em mulheres baixa escolaridade, história de humor deprimido, alta ansiedade traço e estresse percebido elevado durante a gestação.

A ansiedade puerperal também pode aparecer em decorrência do nascimento de filhos prematuros, com baixo peso (MELNIK; CREAN; FEINSTEIN e FAIRBANKS, 2008; PADOVANI, 2005; PINTO; PADOVANI e LINHARES, 2009) e de crianças com malformação, que tiveram longos períodos de internação em UTI após o nascimento (PEROSA, SILVEIRA e CANAVEZ, 2008).

A ansiedade puerperal pode interferir tanto nos cuidados, como na amamentação, principalmente se a mulher for primípara (ZANARDO et al., 2009). Nóbrega e Campos (1995) observaram associação entre quadros de desnutrição infantil e sintomas psicológicos negativos da mãe, como a ansiedade. Glasheen, Richardson e Fabio (2010), em artigo de revisão referem que a evidência mais forte do efeito adverso da exposição à ansiedade materna está nos problemas somáticos e psicológicos apresentados pelas crianças.

A ansiedade não afeta apenas o desenvolvimento da criança, mas pode atuar como fator de risco na interação da díade. Feldman (2007) observou que altos níveis de ansiedade materna estava associada ao aumento da intrusividade por parte da mãe e à diminuição da interação social infantil, aos 3 meses da criança, mostrando

que a ansiedade pode ter impacto imediato no comportamento interativo da mãe com a criança.

Clavarino et al. (2010) observaram que a ansiedade da mãe, além de se associar com aumento do nível de desatenção da criança, e desenvolvimento de afeto negativo infantil, tinha estreita relação com menor sensibilidade materna diante do sofrimento da criança. Feldman, Greenbaum, Mayes e Erlich (1997), por sua vez, identificaram que o elevado nível de ansiedade materna, aos 3 e 9 meses da criança, se relacionou com superestimulação e um aumento de comportamentos intrusivos, que não correspondia às reais necessidades da criança. Concluíram que se tratava de um estilo oposto ao da mãe deprimida, mas que também privava a criança de elementos que promovem seu crescimento, presentes em mães com maior sensibilidade.

Seus efeitos podem perdurar por muito tempo. Barnett et al. (1991) identificaram que, cinco anos após o nascimento, mães que apresentaram alta ansiedade no pós-parto tiveram mais patologias psicossociais e suas crianças mais sinais de desadaptação, quando comparadas com mães com baixa ansiedade.

B. Depressão materna

Os estudos sobre a interação da criança com a mãe deprimida são muito mais frequentes, apesar dos resultados ainda serem inconclusivos (FELDMAN, GREENBAUM, MAYES e ERLICH, 1997).

A depressão considerada, atualmente, a quinta causa de morbidade entre todas as doenças no mundo, foi mais investigada que a ansiedade. Em face à sua alta prevalência e custos sociais, é considerada um importante problema para a saúde pública. (FAISAL-CURY e MENEZES, 2007).

Sua prevalência anual, na população geral, é de 3% a 11%, sendo duas a três vezes mais frequente entre mulheres (COSTA et al., 2012). A maior prevalência de depressão feminina ocorre quando a mulher tem em torno 15 a 44 anos, período que engloba os anos de fecundidade da mulher, de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Pesquisa aponta que 10% a 20% das mulheres manifestam Depressão Pós-Parto (HANNA; JARMAN; SAVAGE, 2004). No Brasil, esta porcentagem é ainda mais elevada, girando em volta dos 28% (CRUZ; SIMÕES; FONSECA; SILVA e OTTA, 2010).

A sintomatologia depressiva pode emergir no período gravídico, sendo que nos últimos anos, amostras recolhidas em diferentes países, indicam que entre 8% a 20% das mulheres estão deprimidas durante a gravidez (HUNG e CHUNG, 2001), chegando a 50% em amostras de grávidas pertencentes a comunidades desfavorecidas (CUNNIGHAM et al., 2001 citado em Figueiredo, 2005). Esses sintomas são comuns principalmente quando a gestante ainda é uma adolescente. Na medida em que depressão gestacional constitui um forte fator de risco para depressão pós-parto, intervenções antes do nascimento podem prevenir problemas de saúde mental mais grave e crônico (PATEL et al., 2003).

Quanto à depressão pós parto, ela é descrita como uma perturbação de humor que decorre em sequência do nascimento de um bebê e que implica em um conjunto de sintomas que surgem, geralmente, entre a 4^a e a 8^a semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres nos primeiros 2/3 meses do pós-parto, podendo persistir, em até 70% das mães durante os 6 primeiros meses de vida do bebê (GONÇALVES, 2008).

Os principais fatores de risco de depressão pós-parto são história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez (GOMES et al., 2010; MATTAR et al., 2007; PEREIRA e LOVISI, 2008). Mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período (LOVISI et al., 2005). Para Brown et al. (1994) mãe deprimidas se consideravam pouco apoiadas por seus parceiros, relatavam problemas em seus relacionamentos, estresse envolvendo mudanças em casa, dificuldade financeira, doença ou morte na família, doença própria e desentendimento com familiares ou amigos. Fonseca, Silva, Otta, (2010) constataram que mulheres com escolaridade e níveis socioeconômicos mais baixos e com maior número de filhos apresentavam mais depressão do que mulheres com maior renda familiar e maior instrução.

Para Andrade et al. (2005) o transtorno depressivo puerperal apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida da mulher, mas com especificidades relativas à maternidade e ao desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpa por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê. O afastamento ou separação da criança, pela

necessidade de que seja cuidada por outrem, pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos e fortalecera sensação de inadequação materna.

Os sentimentos comuns de ambivalência em relação à maternidade suscitam, também, conflitos e sentimentos de inadequação que favorecem o surgimento da depressão pós-parto. A mulher passa a apresentar humor deprimido por não corresponder à imagem idealizada de instinto materno (AZEVEDO e ARRAIS, 2006). Em algumas pesquisas constatou-se que mães deprimidas relatavam menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não deprimidas (ANDERSON et al., 1994 e BROWN et al., 1994). Mães com depressão relataram mais dificuldade com o desempenho do papel materno do que mães sem depressão (SCHWENGBER e PICCININI, 2005).

O impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, com evidências de que o estado depressivo materno pode repercutir de forma negativa no desenvolvimento mediada pelo tipo de interação que se estabelece entre mãe deprimida e seu bebê (FIELD, 1997; FRIZZO e PICCININI, 2005; SCHWENGBER e PICCININI, 2003 e 2004).

Para Tronick e Weinberg (2000) os comportamentos intrusivos e/ou retraídos, a pouca responsividade, e falta de expressão de afeto positivo de mães deprimidas, podem repercutir de maneira negativa para o desenvolvimento cognitivo e sócio emocional do bebê, pois a estimulação e a modulação do estado de alerta que a mãe oferece seriam inadequados para regulação emocional do bebê. Portanto, a qualidade e o padrão de interação estabelecido entre díade podem ter repercussões negativas para o desenvolvimento sócio emocional, cognitivo e motor do bebe (RIGHETTI, BOUSQUET e MANZANO, 2003).

Segundo Darcy et al. (2011) a depressão materna compromete a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe pela falta de habilidade em lidar com os próprios problemas e pela falta de persistência necessária para estabelecer uma interação sensível com a criança, podendo ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento infantil.

Quando a mãe tem depressão pós parto, a privação materna pode prejudicar a criança, podendo favorecer a ocorrência tanto de abuso quanto de negligência, principalmente quando os sintomas depressivos são persistentes (FIELD, 1992; MATTAR et al., 2007). O desânimo e os sentimentos de desesperança e

desinteresse, típicos dos quadros depressivos, tendem a inibir comportamentos e emoções que contribuem para a formação do vínculo mãe-filho (LINDGREN, 2001).

Em artigo de revisão, Schwengber e Piccinini (2003) observaram que mães deprimidas tendiam a serem menos responsivas ao interagirem com seus bebês que, por sua vez, tendiam a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não-deprimidas. Elas ficavam menos disponíveis emocionalmente para a criança, possuíam um estilo mais apático, oferecendo poucos comportamentos facilitadores para exploração de objetos, o que podia ocasionar privação psicossocial e condições de desenvolvimento adversas (FRIZZO e PICCININI, 2005; SCHWENGBER e PICCININI, 2004). Mães com depressão pós parto passavam menos tempo olhando, tocando, falando com seus bebês, eram menos espontâneas e tendiam a se envolver menos na imitação rítmica, na atividade conjunta e não facilitavam a manutenção do interesse e atenção do bebê pelo brinquedo (FIELD et al., 1985; SEIDL-DE-MOURA, RIBAS, 2004; STEIN et al., 1991).

Segundo Hart et al. (1999) as mães deprimidas podiam desenvolver dois estilos distintos na interação com seu filho: o primeiro se caracterizava pela falta de engajamento, afastamento, e pouca estimulação; com um discurso menos focado na criança ou no reconhecimento de suas ações ou habilidades (MURRAY, KEMPTON, WOOLGAR, e HOOPER, 1996); o segundo se caracteriza por comportamentos intrusivos e de superestimulação que também não facilitam uma boa adaptação da criança. Em resposta, os bebês apresentavam, frequentemente, alterações comportamentais, como evitação de olhar, baixos níveis de vocalizações e níveis baixos de sincronia nas trocas de olhar (FELDMAN, 2007; FIELD et al., 1988; PICKEND e FIELD, 1993).

Quando mais velhos, entre 3 e 6 meses, sua interação era mais pobre não só com suas mães, mas também quando interagiram com estranhos, tinham menos comportamentos exploratórios, sinais neurológicos leves e percentil de peso mais baixo que crianças de mães sem depressão (FIELD, 1992). Aos 12 meses, muitos desses bebês mostravam baixo desempenho em testes de desenvolvimento, dificuldades para se envolver e manter interação social, déficits na regulação dos seus estados afetivos e altos níveis de apego inseguro com a mãe (SCHMIDT; PICCOLOTO e MÜLLER, 2005). Motta et al. (2005) também observaram que crianças entre 0 e 3 anos tinham menor envolvimento, menos comportamentos exploratórios,

irritabilidade, baixos índices de linguagem expressiva, desenvolvimento de apego inseguro e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

Apesar destes resultados sinalizarem que a depressão no período gestacional e/ou puerperal pode causar sérios prejuízos para a relação mãe-bebê uma pesquisa realizada por Fonseca, Silva e Otta (2010) indicou que a sintomatologia depressiva não interferiu significativamente na relação mãe-bebê dos sujeitos estudados, mas que outros fatores, como os sócio-cognitivos proporcionados pela educação se relacionaram significativamente com pior sensibilidade materna. Francisco et al. (2007) argumentam que, apesar de uma indisponibilidade inicial, algumas mães deprimidas não se afastam de suas crianças, pelo contrário, com o intuito de reparar sentimentos de culpa, elas acabam por estabelecer com a criança uma relação de proximidade e exclusividade, são mais permissivas e protetoras, não estabelecimento de regras e limites e permitem autonomia comportamental de suas crianças, o que pode ser menos prejudicial ao desenvolvimento.

C. A cronicidade dos quadros

Se a saúde mental materna parece interferir no desenvolvimento e na interação com a criança, os efeitos podem ser mais graves dependendo da severidade e da cronicidade dos quadros (FELDMAN, GRANAT, PARIENTE et al., 2009; SILVA, 2014).

A escassez de trabalhos longitudinais tem limitado a análise do papel da cronicidade no desenvolvimento e na interação com poucas definições operacionais, tanto de ansiedade como de depressão crônica, sem um consenso entre elas. No estudo de Patterson e Albers (2001) foram consideradas como deprimidas crônicas mães que pontuaram em pelo menos dois momentos das três avaliações realizadas: após o nascimento, quando a criança tinha 28 e 50 meses. Em trabalho mais recente, Janet et al. (2011) consideraram como depressão crônica mães que apresentaram o quadro em duas avaliações realizadas no prazo de 40 semanas ou mais, e como depressão episódica quando só pontuaram em uma delas. Quanto à ansiedade crônica, no único estudo encontrado, as mães foram consideradas crônicas quando pontuaram nos três momentos em que foram avaliadas: ao nascimento, aos 6 e 9 meses depois do parto (FELDMAN, GRANAT, PARIENTE et al., 2009).

São muito raros os estudos que avaliaram o papel da ansiedade crônica no desenvolvimento ou na interação mãe/bebê. Feldman, Granat, Pariente et al (2009) observaram que os filhos de mães ansiosas crônicas tiveram um engajamento social pior que o das crianças do grupo controle, mas melhor que o dos filhos de mães deprimidas. Clavarino et al. (2010) constataram que as crianças de mães cronicamente ansiosas eram 5,67 vezes mais propensas a ter problemas de atenção persistente do que as crianças cujas mães nunca experimentaram ansiedade.

Há mais estudos sobre depressão materna crônica e seus efeitos prejudiciais na relação mãe-criança, particularmente porque elas parecem sofrer de um maior esgotamento de energia ao lidar com as demandas diárias da maternidade que as mães que experimentaram um único episódio depressivo (NICHD, 1999; PETTERSON e ALBERS, 2001). Para Murray et al. (2010) a depressão materna crônica pode ter efeitos a longo prazo porque a capacidade de resposta materna e sensibilidade ao filho fica particularmente mais prejudicada, por longo período de tempo.

Mães com experiências depressivas mais duradouras e recorrentes vivenciam, substancialmente, mais dificuldades na relação mãe-criança, menor capacidade para responder de forma sensível e consistente ao longo do tempo, menos contato físico, visual e verbal na interação e no brincar e são menos positivas e engajadas afetivamente, do que mães que experienciam a depressão por breves períodos de tempo (CAMPBELL et al., 1995; SOHR-PRESTON e SCARAMELLA, 2006)

Em um estudo de Feldman, Granat e Gilboa (2005), mães deprimidas crônicas apresentaram níveis mais baixos de sincronia em três modalidades: menor sincronia no olhar, menor co-vocalização, e menor coordenação de contato. Identificou-se também que momentos de olhar compartilhado entre mãe-bebê eram seguidos pelo freio no olhar da mãe, o que levava à aversão no olhar da criança. Quando a criança desviava seu olhar, também parava de vocalizar e o nível de afeto caía de uma forma mutuamente recíproca.

Mães com depressão crônica, além de se mostrarem menos sensíveis em relação a seus bebês, brincavam e falavam menos frequentemente com eles e estabeleciam menos limites e práticas disciplinares mais inadequadas do que mães não deprimidas. (CAMPBELL, 2004; GOODMAN, 2007). Por outro lado, durante a interação, crianças de mães cronicamente deprimidas eram menos expressivas

facial e vocalmente (FIELD, 1995; MARTINEZ et al., 1996). Elas tinham maior risco no desenvolvimento do pensamento abstrato e aquisição de competências linguísticas, eram mais propensas a desenvolver apego não seguro, eram menos cooperativas e tinham maior dificuldade para controlar a raiva e agressividade (CAMPBELL, 2004; NICHD, 1999; SOHR-PRESTON e SCARAMELLA, 2006).

Frente ao exposto parece haver uma necessidade de mais estudos sobre os efeitos da saúde mental materna na interação da mãe com a criança, centrando-se nos quadros crônicos, que parecem desempenhar um importante papel na adaptação e desenvolvimento infantil, a curto e médio prazo. Se já há pesquisas que avaliam o papel da depressão materna crônica na interação, pouca atenção tem sido dada aos efeitos da ansiedade, especialmente quando ela é crônica. São dados que poderão auxiliar a programar e orientar com sucesso práticas de intervenção precoce (FUERTES et al., 2010).

2 OBJETIVO

O presente estudo teve por objetivo comparar as características da interação mãe/filho, em díades de mães com sintomas crônicos de ansiedade e depressão e mães sem problema de saúde mental.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar fatores de risco e proteção para sintomas de ansiedade e depressão crônica dentre os fatores sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação materna e paterna, condições de moradia, rede de apoio da família, via de parto, frequência a creche),
- Identificar e co-relacionar os comportamentos maternos e da criança durante um episódio interativo.
- Comparar os comportamentos interativos das mães e das crianças dos grupos de mães com e sem comprometimento da saúde mental (ansiedade e depressão crônica).

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, a qual é um desdobramento do projeto– “Desenvolvimento Infantil: sua associação com o Stress, Ansiedade e Depressão Materna da gestação ao primeiro ano de vida”, de autoria de Perosa, GB; Schiavo, RA e Padovani, FH.

3.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP com número 2014/606.856. Foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas em relação aos sujeitos do estudo, havendo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) do participante o que permitiu esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e o sigilo da identidade. Foi esclarecido, também, quanto à ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa, assim como da manutenção dos demais serviços por ela usufruídos no SUS, e em caso de desistência em qualquer fase da pesquisa.

3.2 Local de estudo

Esse estudo foi realizado na residência das participantes, que moravam em três cidades do centro-oeste paulista: Botucatu, Bauru e São Manuel. O município de Botucatu está localizado a cerca de 235 km da capital paulista, com a população estimada em agosto de 2014 era de 137 899 habitantes. O município de São Manuel distante 284 km da cidade de São Paulo, e pertence à micro-região da Serra de Botucatu, com população estimada em 2014, era de 42.200 habitantes. E o município de Bauru está localizado a 326 km da capital paulista, conta com população 364.562 habitantes em 2014.

3.3 Participantes

Percurso na composição da amostra:

Para realizar este estudo, recorreu-se ao banco de dados do estudo “Desenvolvimento infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão

materna, da gestação ao primeiro ano de vida”, em que uma coorte prospectiva, formada por grávidas usuárias dos serviços do SUS de três cidades do interior paulista, foi avaliada quanto a ansiedade e depressão, em três momentos: no terceiro trimestre gestacional, aos seis meses e quatorze meses após o parto.

O estudo de coorte, em sua primeira fase, contou com uma amostra de conveniência de 320 mulheres e dentre elas, 50 (25,0%) pontuaram para depressão, 74 (37,0%) para ansiedade traço e 68 (34,0%) para ansiedade/ estado. No segundo momento, aos 6 meses pós-parto, 200 mães foram avaliadas em suas residências, sendo que 24 (17%) pontuaram para depressão e 37 (26,05) para ansiedade traço e a mesma porcentagem para ansiedade estado. Aos quatorze meses, 139 mães voltaram a ser avaliadas e 17 (12,0%) apresentaram sintomas de depressão, 44 (32,0%) ansiedade traço e 30 (22,0%) ansiedade estado.

Para este estudo, como o interesse era em quadros crônicos, foram selecionadas mães que tivessem pontuado para depressão e ansiedade (traço e estado) em três momentos: na gestação, aos 6 e aos 14 meses pós parto. Do total de 139 mães, 11 (8%) pontuaram para depressão, 20 (14%) para ansiedade /traço e 13 (9%) para ansiedade/estado, nos três momentos.

Com esses dados foram compostos 3 grupos: o primeiro grupo, das mães que pontuaram para depressão em três momentos (D); o segundo, de mães que pontuaram para ansiedade (traço e estado) em três momentos (A) e o terceiro grupo foi formado por mães que não pontuaram para ansiedade e depressão nas três avaliações. O critério para terceiro grupo foi aleatório, após contato por telefone as que aceitavam eram avaliadas. No anexo 4 estão as pontuações nas escalas IDATE e BDI, de cada um dos sujeitos, nas três avaliações.

Devido à dificuldade de localizar alguns sujeitos, por mudança de telefone e/ou endereço, ou recusa de participação houve uma redução no número de participantes na amostra final.

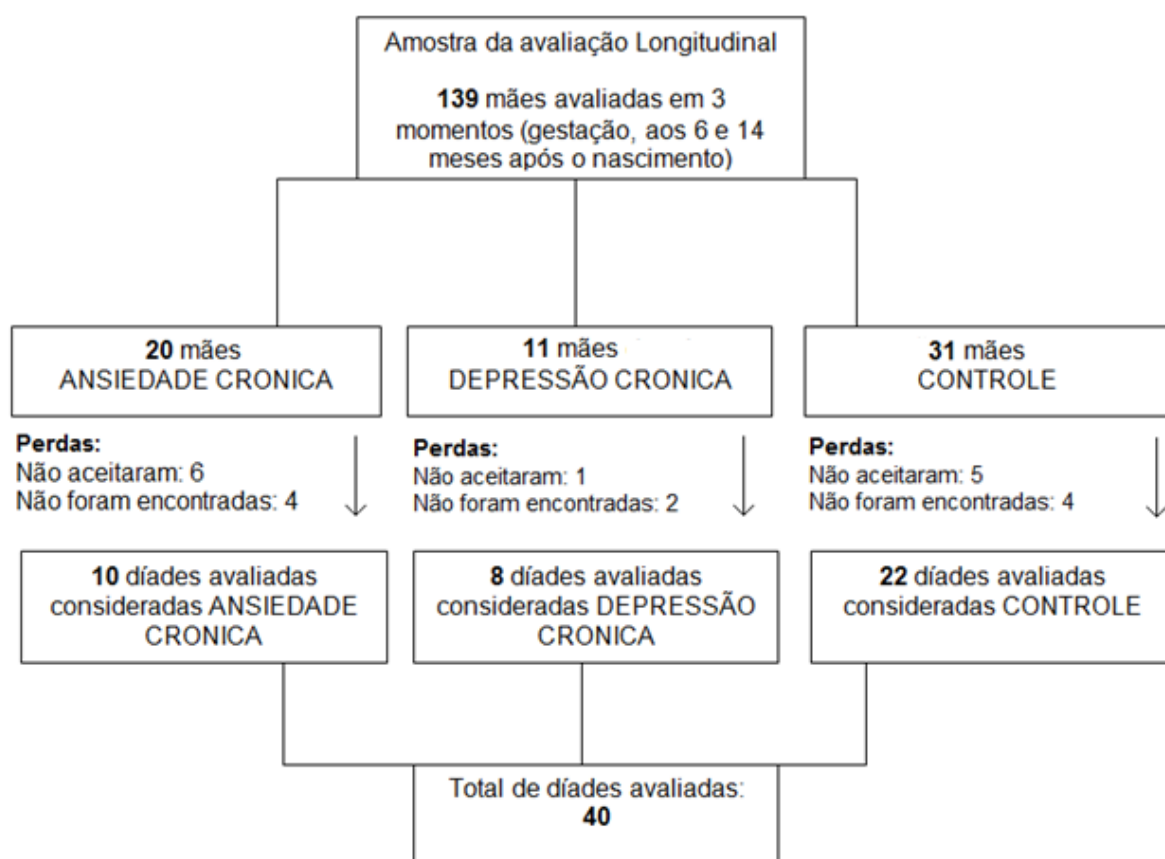


Figura 1 – Composição final da amostra

3.4 Materiais e Instrumentos

Entrevista

Apesar das mães terem respondido a questionário sobre dados sócio-demográficos no estudo anterior, foi realizada outra entrevista no intuito de atualizar as informações (Anexo 2).

Foram abordados os seguintes aspectos:

- *Socioeconômicos*: renda familiar, ocupação, escolaridade dos pais;
- *Reprodutivos*: idade materna, via de parto na última gestação; número de filhos, aborto anterior;
- *Ambientais/sociais*: moradia, estado civil da mãe, rede de apoio para cuidar da criança, frequência a creche;

- *Condições de nascimento da criança*: idade gestacional, intercorrências neonatal;

Instrumento

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushen (1970) é um instrumento muito utilizado para avaliar a ansiedade. No Brasil o instrumento foi traduzido e adaptado por Biaggio et al. (1977).

Composto por 40 questões, o IDATE está dividido em duas escalas distintas para medir os dois conceitos de ansiedade: a Ansiedade-Estado e a Ansiedade Traço. Cada escala apresenta 20 afirmações, sendo que a Ansiedade-Estado avalia a estados transitórios de ansiedade, isto é, sentimentos subjetivos percebidos de apreensão, tensão e preocupação que variam em intensidade e flutuam no tempo. O escore varia de acordo com a intensidade do perigo percebido (SPIELBERGER, 1979). A Ansiedade-Traço, também composta de 20 afirmações, descreve como os sujeitos se sentem normalmente, as diferenças individuais, estáveis, avaliando como o sujeito reage a situações percebidas como ameaçadoras. Os escores desta escala são menos sensíveis a mudanças em decorrência de situações ambientais, permanecendo relativamente constante no tempo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Durante a realização do instrumento, o sujeito deve se autoavaliar em uma escala de quatro pontos que compreende em uma escala tipo *likert* que varia de 1 (*absolutamente não*) a 4 (*muitíssimo*). Para cada escala há a variação de 20 a 80 pontos. Considera-se que quanto menor a pontuação, menor será o nível de ansiedade. Segundo Spielberger (1970) podem-se considerar os seguintes pontos 20-39 (ansiedade leve); 40-59 (ansiedade moderada) e de 60 a 80 (ansiedade grave).

A pontuação final do IDATE varia de 20 a 80 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, menor o nível de ansiedade. Para este estudo, foram selecionadas mulheres com ansiedade moderada e grave, com pontuações superiores a 40 pontos (SPIELBERGER, 1970).

- **BDI I – Inventário de Depressão de Beck**

O Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory) foi elaborado primeiramente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e, revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982) (CUNHA, 2001). É um instrumento muito utilizado na avaliação de sintomas de depressão em pacientes psiquiátricos e na população geral, apresentando satisfatória consistência interna em grupos clínicos e não clínicos. Atualmente o Inventário apresenta-se na forma II, com os itens atualizados de acordo com o DSM-IV, e no Brasil o instrumento foi validado por Cunha et al. (1986) (CUNHA, 2001).

O instrumento compõe-se de uma escala autoaplicativa que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas que subentende graus crescentes de gravidade de depressão. Seu escore varia entre 0 (*não me sinto triste*) a 3 (*estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar*). O escore total é o resultado da soma de todos os itens. De acordo com os escores do BDI – versão em português (Cunha, 2001) a classificação da intensidade da depressão resulta em Mínimo (0 a 13); Leve (14 a 18); Moderado (19 a 28); Grave (29-63). Para selecionar as mães com sintomas de depressão recorreu-se ao critério sugerido por Oliver e Simmons (1984, apud Cunha, 2001), para pacientes não diagnosticados com transtornos psiquiátricos, em que sujeitos com escores igual ou superiores a 19 são considerados com depressão moderada e severa (GORENSTEIN; 2011).

- **Protocolo de Avaliação de Interação Diádica**

O Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (NUDIF, 2003) foi elaborado pelo Núcleo de Infância e Família do GIDEP/ UFRGS, baseado em instrumentos anteriores de COX e AINSWORTH & COLS. Tem por objetivo avaliar, a partir de categorias, os comportamentos das crianças de um ano e dos pais, num momento de interação. O instrumento sugere que as interações ocorram num período de 7 minutos ou mais, sejam gravadas em vídeo para posterior avaliação e que a díade seja orientada a brincar, como no cotidiano. Os equipamentos utilizados foram: uma câmera de vídeo, brinquedos adequados para idade e o protocolo de avaliação.

As categorias de comportamento que compõem o instrumento (PICCININI, FRIZZO & MARIN, 2007) estão elencadas abaixo, descritas em seus aspectos mais gerais. Cada categoria possui em média 5 subcategorias.

Categorias de comportamentos maternos:

- 1) *Sensibilidade*: refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades da criança, humor, interesses, procurando dar apoio, estimulando a independência e respondendo apropriadamente as suas solicitações;
- 2) *Estimulação cognitiva*: refere-se às tentativas de estimular o desenvolvimento cognitivo da criança;
- 3) *Afeto positivo*: refere-se à extensão na qual a díade parece apreciar estar junta;
- 4) *Afeto negativo*: refere-se às expressões de afeto negativo, conflitos, discordâncias ou críticas dos pais em relação à criança;
- 5) *Desengajamento*: esta categoria reflete a extensão na qual os pais parecem não estar envolvidos com a criança e
- 6) *Intrusividade*: refere-se à interação que é intrusiva e supercontrolada, sendo centrada no adulto e não na criança.

Categorias de comportamento infantis:

- 1) *Envolvimento*: refere-se ao grau de engajamento da criança com o genitor, mostrando-se bem integrada ou não;
- 2) *Interação*: é baseada nos padrões de apego da criança com a mãe;
- 3) *Afeto positivo*: refere-se ao quanto a criança está satisfeita, contente e confortável com a interação;
- 4) *Afeto negativo*: refere-se às expressões de descontentamento da criança em relação à interação.

A definição operacional de cada categoria e correspondentes subcategorias estão mais bem descrita no anexo 3.

3.5 Procedimento

Para coleta de dados:

A partir do banco de dados da pesquisa longitudinal foram identificadas todas as mães que correspondiam aos critérios de inclusão. A seguir, a pesquisadora entrou em contato, via telefone, com as mães para convidá-las a participarem desse estudo. As mães foram informadas sobre todos os dados pertinentes a esta fase do estudo e atividades que seriam realizadas. Em caso de aceite, agendava-se um encontro na residência dos participantes.

Com as mães que aceitaram participar formaram-se três grupos: mães com sintomas de depressão crônica (D); com sintomas de ansiedade crônica (A) e sem problemas de saúde mental (C). Procurou-se, em primeiro lugar, iniciar a coleta pelas crianças mais velhas, com mais de 14 meses para não ultrapassar o limite de idade estabelecido de, no máximo 16 meses.

Na residência, redimidas todas as dúvidas, as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e uma cópia ficou com a participante e outra com a pesquisadora. Em seguida ela respondeu à entrevista e, na sequência, foram oferecidos à mãe alguns brinquedos adequados à idade da criança e ela foi orientada a brincar e agir naturalmente como faz, rotineiramente, com o filho. Ligava-se a câmera filmadora, e a pesquisadora se ausentava do cômodo por uma média de 9 minutos, tempo suficiente para ter material para análise e para interferir o menos possível no contexto.

3.6 Análise dos dados

a) Preparação e organização dos dados

Em um primeiro momento, os dados da entrevista foram convertidos em categorias codificadas e organizados na base de dados do programa *Statistical Package for the Social Science*.

Para analisar os dados de observação desprezavam-se os minutos iniciais da gravação e, episódios interativos, de aproximadamente 7 minutos, eram categorizados pela pesquisadora, minuto por minuto, em duas etapas como está

preconizado no Protocolo de Interação Diádica (NUDIF, 2003). Em um primeiro momento, observava-se se determinada característica (anexo 3) estava presente na interação da díade (Mãe/Criança). Em um segundo momento, julgava-se a incidência dessa característica durante aquele minuto. A partir dessas 2 dimensões (presença e incidência) se atribuía 1 ponto - quando aquele comportamento não era característico daquela interação; 2 pontos - comportamento minimamente característico da interação; 3 pontos - mais ou menos característico da interação; 4 pontos - moderadamente característico da interação e 5 - pontos quando era muito característico da interação. Somava-se a pontuação de todas as subcategorias de cada categoria, obtendo uma pontuação final que podia variar conforme o número de subcategorias existentes.

Desta forma, o valor era dividido pela quantidade de subcategorias, chegando a um escore total por minuto, e, da soma de todos os minutos se obtinha o escore final de cada categoria da mãe e da criança.

Para garantir a qualidade da definição operacional dos comportamentos interativos foi calculado o índice de concordância. Foram sorteados 20% do total de observações (garantindo que estivessem representadas díades dos três grupos) e dois pesquisadores independentes, sendo um deles a autora deste trabalho, observaram os vídeos e categorizaram os episódios sorteados. Foi avaliada a concordância entre os observadores através do índice Kendall, para cada subcategoria do comportamento parental e infantil e foi considerado um bom índice resultados superiores a 0,70. A grande maioria das categorias apresentou um índice de concordância superior a 0,70, sendo que a categoria com índice mais baixo foi afeto negativo materno (0,68). Depois de estabelecidos todos os índices de concordância, foram analisados os demais vídeos.

b) Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva dos dados, baseada no cálculo de frequência, porcentagem, ou mediana, de acordo com a natureza deles. Em seguida, procedeu-se a análise estatística inferencial, pesquisando possíveis associações entre as variáveis e diferenças entre os grupos.

Para comparar as variáveis categóricas, a primeira opção foi o teste de Qui-quadrado e quando os dados não permitiam seu uso, recorreu-se ao teste Exato de Fisher. Para comparar distribuições em que as variáveis eram contínuas, utilizaram-

se os testes de Mann Whitney (para dois grupos independentes) ou Kruskal-Wallis (para mais de dois grupos independentes), seguido do teste de Dunn, para comparações múltiplas.

Para verificar possíveis variáveis preditoras do desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão materna, estimada em função de cada variável isoladamente, foi realizado um modelo de Regressão Logística.

Para analisar a interação entre os comportamentos da mãe e os comportamentos da criança foi utilizado o teste de correlação de postos de Spearman.

O programa usado para as análises foi o *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*. Os resultados foram discutidos no nível de 5% de significância.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em 5 secções. Na primeira secção serão mostrados os dados relativos à caracterização geral da amostra e na segunda será apresentada a análise de predição de risco para sintomas crônicos de ansiedade e depressão materna, dentre as variáveis sociodemográficas. Na terceira secção será apresentada a comparação das variáveis sociodemográficas dos 3 grupos: mães com sintomas de ansiedade crônicos, com sintomas depressivos crônico se o grupo controle. Na quarta secção, se mostrarão os dados referentes à correlação dos comportamentos maternos e infantis, no episódio de interação diádica. Finalmente, na quinta secção, se apresentará a comparação dos comportamentos interativos maternos e infantis, dos três grupos.

4.1 Perfil da amostra

A Tabela 1 apresenta o perfil geral das crianças de acordo com sexo e frequência à creche. Como se pode observar, das 40 crianças da amostra, 62,5% eram do sexo masculino e 65% não frequentavam creche. (tabela 1).

Tabela 1 – Características das crianças.

Característica das Crianças	n = 40
Sexo	f (%)
Meninos	25 (62,5%)
Meninas	15 (37,5%)
Frequência a creche	f (%)
Sim	14 (35%)
Não	26 (65%)

Frequência (f) e Porcentagem (%)

Quanto às mães, a maioria tinha mais de 25 anos (72,5%), havia completado o ensino médio (72,5%) e a metade da amostra trabalhava fora de casa. A maioria das mães tinha um companheiro e 65% tinha mais de 2 filhos; 10% sofreram um

aborto anterior. Para 55% a via de parto foi cesárea. E muitas não contavam com ajuda para cuidar do bebê (65%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características maternas.

Características das Mães	n = 40
Idade	f (%)
Abaixo de 25 anos	11 (27,5%)
Acima de 25 anos	29 (72,5%)
Escolaridade	f (%)
Ensino Médio incompleto	11 (27,5%)
Ensino Médio completo	29 (72,5%)
Ocupação	f (%)
Sim	20 (50%)
Não	20 (50%)
Situação Conjugal	f (%)
Com companheiro	35 (87,5)
Sem companheiro	5 (12,55)
Número de Filhos	f (%)
1	14 (35%)
2 ou +	26 (65%)
Abortos anteriores	f (%)
Sim	4 (10%)
Não	36 (90%)
Via de parto	f (%)
Normal	18 (45%)
Cesárea	22 (55%)

Frequência (f) e Porcentagem (%)

Na Tabela 3 encontram-se os dados referentes às características familiares. A maioria dos pais tinha mais de 25 anos, sendo que 37,5% haviam completado o ensino médio. Em sua grande maioria, estavam empregados (92,5%). Observa-se que a mediana da renda das famílias era de R\$ 1925,00, aproximadamente dois salários mínimos e meio, 60% não moravam em casa própria, com menos de 5 pessoas na casa.

Tabela 3 – Características das famílias.

Características das famílias	n = 40
Idade Paterna	f (%)
Abaixo de 25 anos	6 (15%)
Acima de 25 anos	34 (85%)
Escolaridade Paterna	f (%)
Ensino Médio incompleto	25 (62,5%)
Ensino Médio completo	15 (37,5%)
Ocupação Paterna	f (%)
Sim	37 (92,5%)
Não	3 (7,5%)
Renda	Med (Min– Max)
Em reais	1925 (788-4000)
Moradia	f (%)
Casa Própria	16 (40%)
Casa Alugada/Emprestada	24 (60%)
Número de pessoas na casa	f (%)
- 5	32 (80%)
+ 5	8 (20%)
Situação Conjugal	f (%)
Com companheiro	35 (87,5%)
Sem companheiro	5 (12,5%)

Frequência (f) e Porcentagem (%)

4.2 Fatores de risco e proteção para sintomas ansiosos e depressivos

Ao tentar identificar que variáveis sociodemográficas e clínicas poderiam se associar com saúde mental materna observou-se que, a renda associou significativamente com ansiedade crônica. Menor renda é fator de risco para sintomas ansiosos crônicos. (Tabela 4).

Tabela 4 – Chance de risco para ansiedade dentre as variáveis sociodemográficas.

Desfecho: Ansiedade	p	OR	IC95%	
Sexo masculino	0.155	0.38	0.10	1.44
Idade materna	0.164	0.92	0.81	1.04
Mãe com Ensino Médio	0.998	0.00	0.00	.
Ocupação materna trabalho assalariado	0.822	0.87	0.25	3.05
Idade paterna (anos)	0.648	0.98	0.90	1.07
Escolaridade paterna	0.430	0.60	0.16	2.16
Com companheiro	0.999	0.00	0.00	.
Reside em casa própria	0.483	0.63	0.17	2.32
Renda per capita	0.041*	1.00	0.99	1.00
Número de filhos	0.237	1.83	0.67	5.01
Aborto pré	0.127	5.65	0.61	52.22

Modelo de regressão logística OR = oddsratio IC = Intervalo de confiança * $p < 0,05$

Na Tabela 5, pode-se observar que situação conjugal, e, principalmente a escolaridade se associaram com sintomas depressivos crônicos. Maior escolaridade e contar com companheiro foram fatores de proteção para sintomas depressivos crônicos.

Tabela 5 – Chance de risco para sintomas de depressão dentre as variáveis sociodemográficas.

Desfecho: Depressão	p	OR	IC95%	
Sexo masculino	0.203	0.39	0.09	1.67
Idade materna (anos)	0.986	1.00	0.87	1.15
Escolaridade materna	0.007*	0.11	0.02	0.54
Ocupação materna trabalho assalariado	0.277	2.25	0.52	9.70
Idade paterna (anos)	0.459	1.04	0.94	1.14
Escolaridade paterna	0.052	0.21	0.05	1.01
Com companheiro	0.014*	0.05	0.01	0.55
Reside em casa própria	0.702	0.74	0.16	3.46
Renda per capita	0.140	1.00	0.99	1.00
Número de filhos	0.406	1.60	0.53	4.85
Aborto pré	0.810	1.25	0.20	7.74

Modelo de regressão logística OR = oddsratio IC = Intervalo de confiança * $p < 0,05$

4.3 Comparação dos grupos

Características sociodemográficas e de condições de nascimento dos três grupos

Comparando as características sociodemográficas dos três grupos observou-se que não diferiam, significativamente, na maioria delas. Entretanto, uma porcentagem significativamente maior de mães com sintomas de depressão crônica tinha menor escolaridade, não havia completado o ensino médio e não morava com companheiro. (Tabela 6)

Tabela 6 – Comparação das variáveis sociodemográficas e condições de nascimento nos três grupos

	Controle (n=22)	Ansiedade (n=10)	Depressão (n=8)	p
Sexo masculino	16 (72,7%)	6 (60%)	3 (37,5%)	0,212
Pré-termo	1 (4,5%)	1 (10%)	1 (12,5%)	0,579
Baixo peso	0 (0,0%)	2 (20%)	0 (0%)	0,093
Creche	9 (40,9%)	3 (30%)	2 (25%)	0,740
Mãe com mais de 25 anos	31 (17-39)	27 (19-35)	28 (18-37)	0,744
Mãe com ensino médio completo	21 (95,5%)	6 (60%)	2 (25%)	<0,001
Mãe trabalha	12 (54,5%)	5 (50%)	3 (37,5%)	0,771
Mãe com companheiro	22 (100%)	9 (90%)	4 (50%)	0,001
Parto cesárea	11 (50%)	5 (50%)	3 (37,5%)	0,834
Número de filhos	2 (1-3)	2 (1-4)	2 (1-3)	0,38
Mãe que teve ajuda	4 (18,2%)	4 (40%)	1 (12,5%)	0,350
Pai com mais de 25 anos	31 (20-53)	29 (20-38)	34 (19-44)	0,175
Pai com ensino médio completo	15 (68,1%)	7 (70%)	3 (42,%)	0,491
Pai trabalha	21 (95,4%)	10 (100%)	6 (75%)	0,144
Casa própria	13 (59%)	5 (50%)	6 (75%)	0,564
Número de pessoas em casa	4 (0-3)	4 (0-3)	4 (2-10)	0,921
Renda (R\$)	2000 (788-4000)	1588 (788-3500)	844 (680-4000)	0,094

Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (med) e Valor Mínimo (min) e Máximo (max)
Teste exato de Fisher e Kruskal-Wallis

4.4 Correlação entre os comportamentos da mãe e da criança na situação interativa

Na Tabela 7, pode-se verificar que houve uma alta correlação entre as categorias de comportamentos maternos e as categorias de comportamentos infantis. Quanto mais sensíveis, estimuladoras e positivamente afetivas eram as mães, as crianças se mostravam mais envolvidas e integradas, demonstravam mais afeto positivo e menos afeto negativo. Por outro lado, mães que demonstravam mais afeto negativo tinham crianças que se envolviam menos e apresentavam mais afeto negativo. O desengajamento materno, por sua vez, se associou com menor interação e mais afeto negativo da criança, mas principalmente com menor envolvimento e afeto positivo por parte dela. Quanto à intrusividade, mães mais intrusivas tinham, significativamente, crianças que se envolveram e interagiram menos.

Tabela 7 – Correlação entre os comportamentos da mãe e da criança na situação interativa.

			Infantil			
Materno	Sensibilidade		Envolvimento	Interação	Afeto Positivo	Afeto Negativo
		r	0.68	0.45	0.41	-0.22
		p	0.000*	0.004*	0.011*	0.193
	Estímulo cognitivo	r	0.57	0.44	0.51	-0.17
		p	0.000*	0.006*	0.001*	0.301
	Afeto Positivo	r	0.67	0.48	0.52	-0.26
		p	0.000*	0.003*	0.001*	0.109
	Afeto Negativo	r	-0.58	-0.27	-0.16	0.43
		p	0.000*	0.107	0.348	0.007*
	Desengajamento	r	-0.59	-0.41	-0.43	0.36
		p	0.000*	0.010*	0.006*	0.028*
	Intrusividade	r	-0.50	-0.32	-0.17	0.24
		p	0.001*	0.048*	0.299	0.145

Correlação de Spearman *p< 0,05

4.5 Comparações dos comportamentos da mãe e da criança na situação interativa

A seguir, serão apresentados os dados relativos aos comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa, avaliados a partir do “Protocolo de avaliação da interação diádica” (NUDIF, 2003).

Na Tabela 8 pode se observar que Afeto Negativo, tanto o Materno como Infantil, tiveram a mediana próxima dos valores mínimos, sinalizando que foram características pouco presente no episódio interativo.

Tabela 8 – Comportamentos das mães e das crianças durante a situação interativa.

Variáveis	Med.	Mín.	Max.
Sensibilidade materna	19,8	9,1	28,9
Estimulo cognitivo materno	14,6	7,3	29,6
Afeto Positivo materno	16,2	9,6	22,6
Afeto Negativo materno	7,3	7,0	11,4
Desengajamento materno	8,8	7,0	27,8
Intrusividade materna	9,3	7,0	20,0
Envolvimento infantil	20,3	12,5	29,3
Interação infantil	11,9	7,4	23,0
Afeto Positivo infantil	9,3	7,0	15,0
Afeto Negativo infantil	7,4	7,0	13,0
Mediana (Med.) Valor Mínimo (Min.) Valor Máximo (Max)			

Ao comparar os comportamentos interativos nos três grupos, pode-se observar que mães com sintomas de depressão crônica foram significativamente menos sensíveis, mais desengajadas e demonstravam menos afeto positivo que as mães do grupo controle. Elas também estimulavam menos e demonstravam mais afeto negativo, quando comparadas tanto com grupo controle quando com grupo com sintomas ansiosos crônicos.

As mães do grupo controle, por sua vez, apresentaram menor intrusividade quando comparadas tanto com as mães do grupo com sintomas ansiosos, quanto com grupo de depressão crônica.

Quanto às crianças, os filhos de mães com sintomas de depressão crônica interagiram significativamente menos que mães com sintomas crônicos de ansiedade e controle (Tabela 9).

Tabela 9 – Comparação dos comportamentos interativos infantis e maternos nos grupos: controle, ansiedade e depressão crônica.

	Saúde mental										
	Controle (n=22)			Ansiosa (n=10)			Depressiva (n=8)				
Interação	Med	Min	Max	Med	Min	Max	Med	Min	Max	p	CM
Sensibilidade materna	22,8	14,7	28,9	20,1	12,0	25,6	14,6	9,1	19,7	0,004	C > D
Estimulação cognitiva materna	14,8	9,6	29,6	16,4	8,7	22,0	10,2	7,3	17,4	0,010	C,A>D
AP materna	18,4	9,6	22,6	17,3	11,0	19,8	14,8	10,0	16,0	0,014	C > D
AN materna	7,0	7,0	9,6	7,2	7,0	9,8	8,9	7,0	11,4	0,014	C,A<D
Desengajamento materno	7,6	7,0	20,8	8,5	7,0	15,8	13,8	9,5	27,8	0,005	C < D
Intrusividade materna	7,8	7,0	20,0	10,9	7,0	13,2	13,4	7,8	18,0	0,003	C <A,D
Envolvimento infantil	20,8	15,8	26,5	20,1	16,8	29,3	17,5	12,5	22,0	0,063	
Interação infantil	13,2	9,0	23,0	13,0	8,6	22,0	10,2	7,4	14,2	0,025	C,A>D
AP infantil	9,3	7,5	12,8	9,3	7,8	15,0	8,5	7,0	11,8	0,392	
AN infantil	7,2	7,0	13,0	7,5	7,0	10,0	7,5	7,0	8,8	0,731	

Kruskal-Wallis seguido pelo teste de Dunn para comparações múltiplas

N=Normal; A=Ansiosa; D=Depressiva

CM= Comparações múltiplas pelo teste de Dunn (Diferenças significativas ao nível $p<0.05$)

5 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo era composta por díades mãe/filho, com idade entre 14 meses a 16 meses, usuários do SUS dos municípios de Botucatu, São Manuel e Bauru.

Em relação às mães, a maioria tinha mais de 25 anos e Ensino Médio completo, com mais de 12 anos de escolaridade e, no momento da coleta, metade da amostra estava trabalhando fora de casa. Outros estudos recentes com mulheres em idade reprodutiva, também constataram um aumento na escolaridade materna das participantes, com uma média de 8 anos de estudo (MORAIS, LUCCI E OTTA, 2013; FAISAL-CURY e MENEZES, 2012; BELTRAMI; MORAES e SOUZA, 2013; SILVA et al., 2012; RIBEIRO, PEROSA E PADOVANI, 2014). Para Victora et. al. (2011) nos últimos anos, observou-se um aumento da escolaridade feminina associado a alguns fatores: controle inflacionário e estabilização econômica; execução de políticas sociais, como a transferência de renda; consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); expansão da cobertura escolar, principalmente do ensino fundamental, e maior participação da mulher no mercado de trabalho. Mesmo assim, a escolaridade das mães deste estudo foi mais alta que o esperado e deve ter se refletido em maior renda. A mediana da renda familiar foi de aproximadamente dois salários mínimos e meio, superior à renda dos usuários do SUS em 2011, que era inferior a um salário mínimo (OMS, 2011). Mesmo assim, 60% das famílias não moravam em casa própria.

Quanto ao número de filhos, 35% tinha mais de 1 filho. Segundo Paim et al. (2011), nos últimos anos, as taxas de fecundidade tem sofrido uma redução de mais de seis filhos por mulher para menos de dois. Assim como ocorre em países desenvolvidos, o avanço da educação, bem como com a melhora na renda da população, veio acompanhada de redução no número de filhos. Segundo Berquó et al., (2014), dependendo do futuro do quadro econômico e educacional no país, pode-se esperar uma fecundidade ainda menor nos próximos anos.

Em relação à via de parto, 55% dos partos foram por cesariana. Trata-se de uma porcentagem inferior à média de cesáreas dos municípios envolvidos de 62,9%, (SEADE, 2013) e inferior à média nacional registrada em 2009 (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES et al., 2014). Apesar das diversas campanhas nacionais veiculadas em prol do parto normal, mais da metade dos nascimentos ainda tem sido cirúrgicos

(SEAD, 2015). Nesta pesquisa, entretanto, esperava-se uma porcentagem ainda mais baixa de cesárias, visto que as participantes frequentavam ambulatórios do setor público e eram usuárias do SUS, onde os partos por cesariana são menos frequentes que no setor privado (LEAL, PEREIRA, DOMINGUES ET AL., 2014; VICTORA, AQUINO, LEAL, MONTEIRO, BARROS & SZWARCOWALD 2011).

. Segundo Victora et. al. (2011) nas últimas décadas, partos por cesariana tem sido mais frequentes entre mulheres de grupos socioeconômicos mais privilegiados e com maior escolaridade e seu aumento pode ser atribuído tanto à demanda das grávidas como a preferências médicas. Não se tem informações sobre o local do parto das mulheres deste estudo, mas, possivelmente, algumas podem ter realizado o parto em hospitais conveniados com planos de saúde ou hospitais privados, onde por volta de 80% dos casos são cesarianas.

Apesar da maioria das mães terem um companheiro, 65% relataram que não contavam com ajuda para cuidar dos filhos. Segundo Rapoport e Piccinini (2011) há para que a mãe possa lidar adequadamente com a complexidade das situações que envolvem os cuidados com o bebê, ela precisa de apoio. A participação dos familiares, amigos e profissionais parece contribuir não só na resolução imediata de eventuais problemas da criança, mas propicia a tranquilidade que a mãe precisa para satisfazer as necessidades físicas e psicológicas da criança. Na pesquisa de Fonseca, Silva e Otta (2010) o apoio social para com os cuidados com a criança mostrou correlação positiva com a estruturação materna, com a responsividade do bebê e foi fator de proteção para sintomas depressivos.

Os pais da amostra eram mais velhos, estudaram menos que as mães e a grande maioria estava empregada no momento da coleta, o que permite hipotetizar que tinham pouco tempo para ajudar nos cuidados. Confirmando dados de outros estudos nacionais, apesar da paternalidade está passando por um período de transição, com os pais assumindo mais encargos e uma dimensão mais afetiva na relação com os filhos, o contexto das famílias ainda é composto por casais em que a maioria dos homens e algumas mulheres trabalham fora, os homens tem mais facilidade de ingresso no mercado de trabalho e passam menos horas com seus filhos que as mulheres. (WAGNER, PREDEBON, MOSMANN e VERZA, 2005; FREITAS et al., 2009)

Até momento da pesquisa, a maioria das crianças não havia frequentado creche. Possivelmente a baixa frequência à creche esteja associada à sua idade

mas, principalmente, à insuficiência de uma rede de equipamentos coletivos, estrategicamente localizada. Dados do PNAD (2005) mostram que nos três primeiros anos de vida, apenas 13,3% das crianças frequentam instituições escolares. Por outro lado a regulamentação das instituições, que só oferecem vaga à criança em contrapartida ao trabalho materno, também limita a entrada à creche (ROSENBERG, 1995). A pesquisa de Pacheco e Dupret (2004) mostrou que o principal motivo para matricular o filho na creche era a inserção materna no mercado de trabalho. Quando as mães tinham dificuldade de conseguir um trabalho, as crianças permaneciam sob seus cuidados. Devemos considerar que as mães que tinham maior disponibilidade para participar dessa pesquisa eram as que não estavam trabalhando.

Quanto à saúde mental, mães com sintomas depressivos crônicos também pontuaram para ansiedade. A superposição entre sintomas de ansiedade e depressão é recorrente nas pesquisas, possivelmente, efeito de limitações psicométricas das escalas utilizadas para a avaliação, em especial do IDATE e do BDI, que apresentam alta correlação (Gorenstein, Andrade e Zuardi, 2000). Pode se supor, também, que ansiedade e depressão são componentes de um mesmo processo de estresse psicológico geral, visto que há dados mostrando que 30 a 58% dos pacientes com sintomas de depressão, apresentam comorbidade com sintomas de ansiedade (Field, et al., 2005; Field et al., 2010).

Ao dividir as mães em três grupos de acordo com a saúde mental, as mães com sintomas depressivos apresentaram menor grau de escolaridade e um menor número delas vivia com o parceiro. Em outras pesquisas também se verificou que as mães com menor escolaridade e nível socioeconômico mais baixo apresentavam uma prevalência maior de depressão (LOVEJOY, GRACZYK, O'HARE e NEUMAN, 2000; CAMPBELL, COHN E MEYERS, 1995; MORAES *et al.*, 2006; KERBER, FALCETO E FERNANDES, 2011). No estudo de Almeida et. al. (2012) o fato da mãe não trabalhar, não estudar, não morar com o companheiro e já ter dois ou mais filhos esteve associado a maior risco de apresentar um provável diagnóstico de transtorno mental.

Quanto à falta de companheiro, Lovisi et. al. (2005) já haviam verificado que mulheres solteiras ou divorciadas estavam entre as que apresentavam mais sintomas depressivos no período puerperal, possivelmente pela pouca ajuda para cuidar do filho. Em outro estudo, o apoio social percebido pela mãe pareceu

funcionar como fator protetor para o desenvolvimento de sintomas depressivos (FONSECA, SILVA E OTTA, 2010).

A relação entre sintomas depressivos e falta de grupo de apoio parece se iniciar antes do nascimento da criança, no período pré-natal. Konradt *et al.* (2011) observaram que o risco de desenvolver depressão era duas vezes maior em mulheres que não tinham amparo de companheiros, familiares e/ou amigos durante a gestação. Da mesma forma, em artigo de revisão, Lancaster *et al.* (2010), constaram que não morar com o companheiro era fator de risco para depressão na gravidez, devido à falta de suporte social. Entretanto, esses resultados ainda não são conclusivos. Boyce (2003) não encontrou associação estatisticamente significativa entre não ter companheiro e quadros depressivos maternos, provavelmente porque outras pessoas próximas, vizinhos e familiares, podem oferecer suporte.

No episódio observado houve uma alta correlação entre as categorias de comportamento materno e da criança, caracterizando o episódio como interativo. Apesar da definição de interação não ser consensual (SEIDL-DE-MOURA *et al.*, 2008), há uma tendência entre os autores em considerar como elementos importantes a ação recíproca, a co-construção e a bidirecionalidade (SEIDL-DE-MOURA *et al.*, 2008; LORDELO, 2002; KLEIN e LINHARES, 2006; ZAMBERLAN, 2002). Assim, quanto mais sensíveis, estimuladoras e positivamente afetivas eram as mães, as crianças se mostravam mais envolvidas e integradas, demonstravam mais afeto positivo (sorrisos, tom afetoso, demonstração física de afeto, entusiasmo e contato visual e menos afeto negativo (expressão visual negativa, tom de voz seco, repressão, ameaças e gritos). Por outro lado, mães que demonstravam mais afeto negativo tinham crianças que se envolviam menos e apresentavam mais afeto negativo.

De forma geral, houve uma porcentagem baixa de afeto negativo por parte de ambos os parceiros. Em outros estudos em que se observaram episódios interativos identificou-se que predominavam comportamentos de afeto positivo e poucos de afeto negativo, tanto por parte da mãe quanto da criança (KLEIN E LINHARES, 2006; e RIBEIRO, PEROSA E PADOVANI, 2014). Nesta pesquisa, saber que estava sendo observado pode ter interferido nas atitudes dos participantes, principalmente, inibindo a emissão de comportamentos socialmente censurados, como afeto negativo.

O desengajamento materno, por sua vez, se associou com menor interação e mais afeto negativo da criança, mas principalmente com menor envolvimento e afeto positivo por parte dela. Quanto à intrusividade, mães mais intrusivas tinham, significativamente, crianças que se envolveram e interagiram menos. Segundo Adam, Grunar & Tanaka (2004), a mãe intrusiva não respeita a autonomia da criança, faz tentativas de dirigir o comportamento dela, realizando intervenções que não são necessárias e atrapalhando as experiências para novas aquisições.

Para avaliar se os sintomas crônicos específicos tinham um efeito moderador na interação, compararam-se os comportamentos interativos dos grupos compostos por mães com sintomas de ansiedade crônica, de depressão crônica e o grupo controle. Observou-se que as características interativas das mães com sintomas de depressão crônica se diferenciaram em relação às outras. Elas eram significativamente menos sensíveis, demonstravam menos afeto positivo e tinham menor engajamento na interação, quando comparadas com as mães do grupo controle e com sintomas ansiosos crônicos. Segundo Field (2010) distúrbios da interação das mães deprimidas e seus bebês parecem universais, ocorrem em diferentes culturas e grupos sócio-econômicos. Assim, outros estudos também identificam dificuldades de interagir das mães deprimidas, com aumento da hostilidade, resultando em taxas mais elevadas de interações negativas (GOODMAN e BRUMLEY, 1990; GORDON et al., 1989; LOVEJOY, 1991).

Nesta pesquisa foi alta a mediana de desengajamento das mães com sintomas de depressão. Quando eram solicitadas a brincar com o filho como fazem de rotina, com certa frequência verbalizavam que não costumavam brincar com a criança. Schwengber e Piccinini (2003) observaram que mães deprimidas tendiam a ficar menos disponíveis para interagir com seus bebês. De acordo com Silva et al. (2010) e Schmid et al. (2011), os sintomas depressivos comprometem a disponibilidade emocional da mãe, determinando que a mãe não seja adequadamente responsiva à criança pela falta de contingência, de engajamento e de trocas ajustadas. Em outro estudo se observou que mães deprimidas possuíam um estilo mais apático, com poucos comportamentos facilitadores para exploração de objetos, o que ocasionava privação psicossocial e condições de desenvolvimento adversas (FRIZZO E PICCININI, 2005). A depressão materna também se refletia no discurso, com relatos de insatisfação com o desenvolvimento da criança, com seu

desempenho como mãe e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas (SCHWENGBER e PICCININI,2005).

Mas as mães com sintomas depressivos deste estudo, também, mostraram alta emissão de comportamentos intrusivos. Da mesma forma, Servilha e Bussab (2015) observaram que, por um lado, mães com depressão pós parto, eram menos responsivas afetivamente, e por outro tinham comportamentos mais intrusivos, o que tornava os contatos dessas díades assíncronicos quanto ao afeto e atenção. A literatura refere que mães com sintomas de depressão podem apresentar estilos de interação distintos: algumas são desengajadas, se envolvem pouco na interação, são menos comunicativas, com interação menos sincrônica, apesar de serem mais empáticas com a criança (FERBER, ET AL.,2008; CORNISH ET AL.,2005). Outras são intrusivas, tem um modo menos afetivo de tratar seus filhos, são mais hostis, impacientes e coercitivas (MURRAY, HALLIGAN E COOPER,2010; CAMPBELL, COHN E MEYERS,1995; FIELD ET AL,2003; LOVEJOY et al, 2000). Há um terceiro grupo de mães que, apesar da depressão, ainda encontra prazer na relação com o filho, com sorrisos moderados, toques e comportamento responsivo, prejudicando menos a interação com seu filho (FIELD et al,2003; CAMPBELL, COHN E MEYERS,1995; FONSECA, SILVA E OTTA,2010).

Os comportamentos das mães com ansiedade crônica estavam mais próximos das do grupo controle que das mães com sintomas depressivos. Apesar de terem pontuado mais que as mães do grupo controle em intrusividade, a diferença não foi significativa. Os estudos sobre as características interativas de mães ansiosas ainda são poucos e inconsistentes. Feldman et al, (2009), identificaram que mães ansiosas tinham menor sensibilidade que as mães do grupo controle e mais intrusividade, inclusive que as mães deprimidas. Segundo a autora o estilo da mãe ansiosa é o oposto ao da mãe deprimidas, do mesmo jeito, priva a criança de elementos que promovem seu crescimento, presentes em mães com maior sensibilidade. Em outros estudos observou-se que mães com elevado nível de ansiedade, além de mais comportamentos intrusivos, super estimulavam a criança, cerceavam sua autonomia e iniciativa para explorar o ambiente e não correspondiam às suas reais necessidades (FELDMAN,2007; FELDMAN et. al.1997; NARDI e RODRIGUES, 2015). Murray et al (2007), também, observaram pequenas diferenças em algumas situações interativas de mães com fobia social e seu filho de 10 semanas.

Entretanto, Kaitzetal (2010) não observaram déficits de sensibilidade e intrusividade nas mães ansiosas, apenas que elas atuavam de forma mais exagerada com seu filho de 6 meses, na situação de brincadeira livre. Seu comportamento nem sempre se relacionou com prejuízos ao desenvolvimento. De qualquer forma, neste estudo, além das interações de mães com sintomas de ansiedade crônica serem parecidos aos das mães do grupo controle, as crianças, também reagiram de modo semelhante.

Ao comparar os comportamentos interativos das crianças nos três grupos, contrariando as expectativas, não notamos diferenças significativas. Apenas os filhos de mães deprimidas crônicas se envolveram menos na interação que crianças dos outros dois grupos. Estudos de como se comportam os filhos de deprimidas durante a interação, ainda apresentam resultados contraditórios. Feldman et al (2009) e Murray, Halligan e Cooper (2010) também observaram que o engajamento social de filhos de mães deprimida será menor que das mães ansiosas e controle. Field (2011), em seu artigo de revisão, chegou à conclusão que distúrbios na interação da criança, cuja mãe tem sintomas de depressão, são um fenômeno universal, presente em diferentes culturas e grupos sócio-econômicos.

Há pesquisas mostrando que mães com e sem depressão mantiveram a mesma qualidade de interação com seu filho (MORAIS, LUCCHI E OTTA, 2013; FONSECA, SILVA E OTTA, 2010). Os diferentes resultados podem ser decorrentes das diferenças na forma de avaliar e definir a depressão ou são uma constatação que a relação mãe criança não tem causalidade linear, mas ela é complexa e o desfecho final envolve fatores internos e características individuais da mãe, da criança e da interação entre elas, além de sofrer a influência do meio circundante (MORAIS, LUCCHI E OTTA, 2013).

Neste estudo, a cronicidade do quadro pode ter atuado como agravante para a menor interação das crianças de mães deprimidas. Na pesquisa de Campbell, Cohn e Meyers (1995) a depressão pós parto não se associou com prejuízo na interação mãe/bebê aos 2,4 e 6 meses de idade, mas quando se considerou a cronicidade, as diferenças interativas apareceram: as mães com depressão crônica eram menos positivas, menos afetiva se as crianças eram menos responsivas, com prejuízo na reciprocidade, quando comparadas com mães que tiveram episódios transitórios de depressão. Em outro estudo, mães com depressão crônica tinham uma percepção negativa de criança, se queixavam de ter que cuidar dela e

apresentavam comportamentos hostis que inibiam a participação da criança (CORNISH et al 2005). Ainda segundo a literatura, filhos de mães deprimidas apresentam menos responsividade (FERBER, FELDMAN e MAKHOUL, 2008) e menores taxas de interação positiva (LOVEJOY et al 2000).

Entretanto, além do fato das crianças de mães com sintomas de depressão interagirem menos, não se verificaram diferenças significativas nos três grupos quanto às outras características interativas infantis. As crianças do grupo controle e do grupo com sintomas de ansiedade crônica se comportaram de forma bastante semelhantes. Especialmente com relação ao afeto, independente da saúde mental materna as crianças dos três grupos apresentaram demonstrações de afeto positivo (vocalizações positivas, sorrisos, gargalhadas, abraços e beijos), pouco afeto negativo, ou seja, foram raras as demonstrações de choro, agitação, descontentamento, ou hostilidade e bom envolvimento.

Possivelmente, a idade da criança no momento da avaliação pode ter favorecido seu envolvimento na interação. Lovejoy et al (2000), observaram que crianças por volta de um ano e meio, que já conseguiam estabelecer alguma reciprocidade social e eram menos dependentes das iniciativas maternas, muitas vezes, iniciavam a interação em situações prazerosas, como nas brincadeiras livres, compensando a falta de envolvimento materno e criando condições para que a mãe participasse das atividades. Neste estudo, observou-se que frente ao desengajamento materno, em muitas ocasiões as crianças utilizavam gestos e vocalizações, parecendo ter a intenção de chamar a atenção da mãe.

Além disso, o fato das mães com sintomas de depressão crônica também terem pontuado para ansiedade, pode ter atuado como facilitador, minimizando o prejuízo interação infantil. Fraga, Linhares, Carvalho e Martinez (2008) verificaram que as mães ansiosas podiam ser mais atentas para estimular suas crianças e associaram intrusividade da mãe ansiosa com melhor desenvolvimento verbal.

Na literatura há evidências que características das famílias, da criança e da relação entre elas participam do processo interativo como variáveis moderadoras e precisam ser levadas em conta para poder compreender a real dimensão de quadros depressivos na interação (BELSKY ET AL 2007; LOVEJOY, et al, 2000; MORAIS, LUCCI E OTTA, 2013; MURRAY, HALLIGAN E COOPER, 2010; CAMPBELL, 2010; FELDMAN ET AL, 2009). Frizzo e Piccinini (2007) e Yunes (2006) mostraram que a resiliência da criança pode ter efeitos compensatórios em

ambientes adversos, como no caso em que a criança está sob os cuidados de mãe com depressão crônica. Há fortes indícios, também, que dependendo do temperamento da criança, os cuidados parentais não produzem os mesmos efeitos em todas elas. Algumas crianças são mais suscetíveis tanto a efeitos adversos e a cuidados inadequados dos pais, como se beneficiam mais de ambientes protetores (BELSKY et al, 2007).

Por outro lado, características do contexto familiar, como renda e escolaridade das famílias, mais alta que de outros usuários do SUS, podem ter exercido um efeito moderador na relação entre depressão e tipos de cuidado (LORDELO, 2002; STEIN et al, 2008). No estudo de Stein et al (2008) evidenciou-se que os efeitos adversos da depressão eram consideravelmente maiores quando as mães eram provenientes dos extratos socioeconômicos mais baixos. Outro fator a ser considerado é que, apesar das mães relatarem que não contavam com a ajuda do companheiro, na maioria das famílias estudadas, o pai fazia parte da composição familiar.

Apesar da necessidade de mais pesquisas, já há dados mostrando que a presença de um pai pode aliviar a sobrecarga da mãe deprimida ou mesmo oferecer uma alternativa de cuidado potencialmente saudável para o filho (GOODMAN ET AL, 2011). Nas revisões de Lovejoy et al, 2000 e Murray, Halligan e Cooper (2010) observou-se que a falta de um companheiro agravava os efeitos do quadro depressivo materno. Da mesma forma, em estudos com casais divorciados identificou-se que o prejuízo da criança era maior quando o pai estava ausente (GOODMAN et al, 2011). Frente à mãe deprimida, maior envolvimento paterno foi um fator moderador na associação entre depressão materna e problemas comportamentais da criança (SOHR-PRESTON, SCARAMELLA, 2006). Silva e Picinini (2009) e Mendonça et al (2015), observaram que a simples presença de um pai, que se envolvia com as crianças nas brincadeiras livres, conseguia compensar e diminuir o impacto da depressão materna sobre os filhos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, as mães com sintomas depressivos crônicos mostraram, no episódio interativo, maior intrusividade e desengajamento, menor sensibilidade e menos demonstrações de afeto positivo, que mães sem sintomas ou com ansiedade crônica, corroborando dados de literatura que associam sintomas de depressão materna crônica com um impacto negativo na interação com o filho. Apesar de se tratar de uma amostra pequena, foi possível observar que as mães com depressão crônica formavam um grupo que vivenciava uma situação de vulnerabilidade: tinham menor escolaridade, menor renda, uma porcentagem menor delas trabalhava, tinha um companheiro e todas apresentavam, concomitantemente, quadros de ansiedade crônica.

Tendo em vista que na maioria das culturas a mãe exerce o papel de cuidadora primária, problemas de ordem emocional, como a depressão crônica, precisam ser identificados e tratados o mais precocemente possível, por serem um potencial fator de risco na interação diádica, influenciando nos cuidados com criança e, principalmente, no estabelecimento dos primeiros vínculos afetivos (AMARAL, 1997; SOUZA; PRADO; PICCININI, 2011).

A OMS (2008) preconiza ações preventivas para diminuir o sofrimento psíquico difuso, mesmo quando ele não tem as características de um quadro típico de depressão ou de transtorno de ansiedade. Algumas intervenções nas próprias unidades de saúde, que vão da empatia dos funcionários e a escuta ativa, utilização de diferentes abordagens psicossociais, uso de medicamentos, aumento da rede de apoio social e educação das mães para aguçar sua sensibilidade no cuidado, já mostraram resultados positivos para reduzir o sofrimento materno. Mas apesar das evidências crescentes sobre a gravidade da depressão materna, seja pelo número de pessoas afetadas, bem como pelo seu impacto sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, pouca atenção tem sido dada à prevenção e tratamento nos programas oficiais de atenção primária, possivelmente porque ainda são poucas as alternativas eficazes para tratar a depressão materna e/ou reduzir os riscos mais comuns (ENGLE, 2009).

Neste estudo, como os sintomas eram crônicos e já estavam presentes durante a gestação, os profissionais precisariam estar alerta para diagnosticar, orientar e encaminhar essas mulheres a serviços especializados, desde as consultas

de pré-natal. Da mesma forma, na medida em que os pediatras são os profissionais que tem o contato mais frequente com a família no pós natal, além dos cuidados à criança, espera-se que tenham um olhar voltado para a família, com condições de diagnosticar depressão materna nos primeiros meses após o nascimento.

Identificou-se, também, que as características interativas maternas das mães com sintomas crônicos de depressão se associaram com menor interação por parte da criança, mas não alteraram significativamente os outros comportamentos interativos infantis. Os estudos sobre a suscetibilidade diferencial de crianças frente a fatores adversos e seu papel na interação, especialmente frente a depressão materna, estão apenas se iniciando. São necessárias novas pesquisas para ajudar a identificar que crianças são mais vulneráveis e poder intervir com mais precisão, assim como estudos que auxiliem na compreensão do processo interativo (GOODMAN ET AL, 2011).

Com relação à mãe com sintomas de ansiedade crônica, seus comportamentos interativos se mostraram semelhantes aos das mães sem sintomas de saúde mental, apesar de serem mais intrusivas. Devido à pouca literatura, parece que são necessários novos estudos longitudinais, que envolvam períodos mais longos, para obter mais informações sobre a interação da mãe com ansiedade crônica e suas possíveis consequências no comportamento do filho.

Algumas considerações metodológicas, também, podem ajudar a compreender melhor os resultados. O instrumento usado para analisar a interação, já utilizado em pesquisas anteriores, com alto nível de concordância entre observadores, mostrou-se adequado para observar díades com crianças dessa faixa etária. Entretanto, segundo sugestão dos autores do instrumento, os comportamentos interativos maternos e infantis foram categorizados separadamente, em pequenos intervalos temporais de um minuto. Se essa forma microanalítica de registro permitiu identificar as mudanças de comportamento ao longo do tempo e possibilitou uma descrição quantitativa das categorias selecionadas para análise, a relação bi-direcional entre os parceiros da díade só foi obtida a partir de uma análise estatística correlacional posterior. Para pesquisas futuras, sugere-se adicionar uma avaliação global, macroanalítica, em que se analisem, a partir de escalas psicométricas do tipo Likert, as características interativas no episódio como um todo. Segundo alguns autores esse nível de análise é mais adequado para captar a intensidade e a valência afetiva, com maior riqueza

dos conteúdos envolvidos nas trocas relacionais (LINDHAL, et al, 2001; RIBEIRO, PEROSA e PADOVANI, 2014).

Em segundo lugar, é preciso destacar a presença de uma câmera no contexto observacional. Apesar de Kemppinen et al. (2005) apontarem para um bom nível de correspondência entre períodos de observação ao vivo e gravações de trechos de interação em vídeo, pessoas e instrumento estranhos, em ambientes muito pequenos, podem ter produzido um importante efeito intrusivo sobre o comportamento dos participantes da pesquisa. Ainda, devido a dificuldades operacionais, as análises se limitaram a um único episódio de cada díade, o que não permite classificar os comportamentos observados como estilos estáveis de relação. Como foi observado em outros trabalhos, possivelmente, algumas mães com sintomas depressivos crônicos, em outras ocasiões, podem ter maior sensibilidade com a criança, atenuando os efeitos da depressão na relação e desenvolvimento da criança.

Finalmente os dados deste estudo reforçam a constatação que a saúde mental materna tem se mostrado um problema de saúde pública que requer atenção especial em nível de políticas públicas voltadas para sua identificação precoce, melhora da assistência e tratamento, a fim de minimizar ao máximo suas consequências para a interação mãe/bebe. Ao lado de várias iniciativas propostas para supressão ou alívio dos sintomas de depressão materna, sugere-se o desenvolvimento de programas para orientar os pais a observar e interpretar os comportamentos de seus filhos, tornando-os mais capazes de modificar suas ações contingentes às necessidades do bebê, favorecendo interações mais sincrônicas e recíprocas e criando condições facilitadoras para o desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

- ADAM E K, GUNNAR, MR, TANAKA A. **Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: mediator and moderator models.** Child Dev;75(1):110-22, Jan-Feb, 2004.
- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, Z., e WALL, S. **Patterns of attachment – a psychopathological study of strange situation.** Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1978.
- ANDERSON V., FLEMING, A., e STEINER. **Mood and the transition to motherhood.** Journal of Reproductive and Infant Psychology, 12(2), 69-77. 1994.
- ANDRADE, S. A et al. **Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica.** Revista de Saúde Pública, v.39, n.4, p.606-611, 2005.
- ANDRADE, L. H. S. G., e GORENSTEIN, C. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade.** Revista de Psiquiatria Clínica, 25(6), 285-90, 1998.
- ALMEIDA, M.S., NUNES M.A., CAMEY, S., PINHEIRO A.P., e SCHMIDT, M.I. **Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(2):385-393, fev, 2012.
- AZEVEDO, K. R; ARRAIS, A. R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.** Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 269-276, 2006.
- BARNETT, B. et al. **Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study.** Journal Child Psychology Psychiatry, v.32, n.3, p. 423-38, 1991.
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSOHN, M., MOCK, J., e ERBAUGH, J. **An inventory for measuring depression.** Archives of General Psychiatry, 4, 561-571. 1961.
- BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; SOUZA, A. P. R. **Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil.** Rev. CEFAC, v.16, n.6, p. 1828-1836, 2014.

- BELSKY, J.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H. **For better and for worse- differential susceptibility to environmental influences.** Curr. Dir. Psychol. Sci., v. 16, n. 6, p. 300-304, 2007.
- BERQUÓ, E. S. e CAVENAGHI, S. M. **Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil.** Rev. bras. estud. popul.vol.31no.2São Paulo July/Dec.2014
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE.** CEPA: Rio de Janeiro, 1979.
- BOYCE, M. P. **Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations.** Arch Womens Ment Health; 6(Suppl 2):43-50, 2003.
- BOWLBY, J. **Separação: Angústia e Raiva.** São Paulo: Martins Fontes. 1984.
- BOWLBY, J. **The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character.** International Journal of Psychoanalysis, v. 21, p. 1-25, 1969.
- BREITKOPF, C. R. et al. **Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum.** J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., v.27, n.3, p.157-162, 2006.
- BRITTON, J.R. **Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period.** Depress. Anxiety, v.25, n.9, p.793-800, 2008.
- BROWN, S., LUMLEY, J., SMALL, R., e ASTBURY, J. **Missing voices: the experience of motherhood.** Nova York: Oxford University Press. 1994.
- BRUM, EHM., e SCHERMANN, L. **Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco.** Ciência&SaúdeColetiva, 9(2):457-467, 2004.
- CAMPBELL, S. B. **Maternal depression and children's adjustment in early childhood.** In: TREMBLAY, R. E. et al. (Ed.). Encyclopedia on early childhood development. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010.

- CAMPBELL, SB, BROWNELL, CA, HUNGERFORD, A, SPIEKER, SI, MOHAN R, BLESSING, JS. **The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months**. Development and Psychopathology 2004;16(2):231-252.
- CAMPBELL SB, COHN JF, MEYERS T. **Depression in first time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity**. Dev Psychol. 31(3):349-57. 1995.
- CLAVARINO, A. et al. **Maternal Anxiety and Attention Problems in Children at 5 and 14 Years**. Journal of Attention Disorders, v.13, n 6, p. 658-667, 2010.
- CORNISH, A. M. et al. **Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: the impact of depression chronicity and infant gender**. Infant. Behav. Dev., v. 28, n. 4, p. 407-417, 2005.
- CORREIA, L. L e LINHARES, M. B. M. **Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(4), 677-683. 2008.
- COX, J L, MURRAY,G,CHAPMAN. **A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression**. The British Journal of Psychiatry163(1)27-31, Jun, 1993.
- CRUZ; EBS., SIMÕES; GL., FONSECA; SILVA; OTTA. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família**. Ver Bras Ginecol Obstet. 27:181-8. 2010.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2000.
- CUMMINGS, E. M.; KELLER, P. S.; DAVIES, P. T. **Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning**. J. ChildPsychol. Psychiatry,v.46, n. 5, p. 479-489, 2005.
- DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005

- DARCY, J. M., GRZYWACS, J. G., STEPHENS, R. L., LENG, I., Clinch, R., & Arcury, T. A. **Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life.** Journal of the American Board of Family Medicine, 24(3), 249-257. 2011.
- DOLLBERG, D., FELDMAN, R., e KEREN, M. **Maternal representations, infant psychiatric status, and mother-child relationship in clinic-referred and non-referred infants.** Eur Child Adolesc Psychiatry, 19:25-36. 2010.
- ENGLE, P. L. **Maternal mental health: program and policy implications.** Am. J. Clin. Nutr., v.89, n.3, p.963S-966S, 2009.
- FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. **Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care.** Rev. Bras. Psiquiatr., v.34, n.4, p.446-450, 2012
- FAISAL-CURY, A; MENEZES, P. R. **Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 171-178, mar. 2006.
- FAISAL-CURY, A. e MENEZES, P. R. **Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample.** Archives Womens Mental Health, v.10, n.1, p. 25-32, 2007.
- FAISAL-CURY, A; MENEZES, P; ARAYA, R; ZUGAIB, M. **Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo-Brasil.** Arch. Womens Ment Health, v.12, n.5, p.335-343, oct.2009.
- FRANCISCO, V. L. et al. **A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental.** Anál. Psicol., Lisboa, v.2, n. XXV, p.229-239, 2007.
- FREITAS, W.M.F., SILVA, A.T.M.C., COELHO, E.A.C.C, GUEDES, R.N., LUCENA, K. D.T., COSTA, A.P.T. **Paternidade: homem no papel social de provedor.** Rev Saúde Pública; 43(1):85-90; 2009.
- FELDMAN, R. et al. **Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity.** J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry, v. 48, n. 9, p. 919-927, 2009.

-FELDMAN, R. **Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions.** Journal of Child Psychology and Psychiatry 48:3/4, pp 329–354. 2007.

-FELDMAN, R., GRANAT, A., e GILBOA-SCHECHTMAN, E. **Maternal anxiety and depression, mother– infant synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions.** Paper presented in the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Atlanta, GA. 2005.

-FELDMAN, R., GREENBAUM, CW., MAYES, LC., e ERLICH, HS. **Change in mother–infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context.** Infant Behavior and Development, 20, 153–165.1997.

-FIELD,T. **Prenatal depression effects on early development:areview.**Infant. Behav. Dev., v. 34, n. 1, p. 1-14,2011.

-FIELD,T.**Postpartum depression effects on early interactions,parenting,and safety practices:areview.**Infant. Behav.Dev., v. 33, n. 1, p. 1-9,2010.

-FIELD, T et al. **Depressed mothers who are “good interaction” partners versus those who are withdrawn or intrusive.** Infant Behav. Dev., v.26,p. 238–252, 2003

-FIELD, T. **Infants of depressed mothers.** Development and Psychopathology, 4, 49 - 66. 1992.

-FIELD, T., FOX, N. A., PICKENS, J., e NAWROCKI, T. **Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of “depressed” mothers.** Developmental Psychology, 31, 358– 363. 1995.

-FIELD,T., HEALY, B., GOLDSTEIN, S., PERRY, S., BENDELL, D., SHANBERG, S., ZIMMERMAN, e A. E KUHN, C. **Infants of depressed mothers show “depressed” behaviour even with nondepressed adults.** Child Development, 59, 1569 -1579. 1988.

-FIELD, T., SANDBERG, D., GARCIA, R., VEGA-LAHR, N., GOLDSTEIN, S., e GUY, L. **Pregnancy problems, postpartum depression and early-mother interactions.** Developmental Psychology, 21 (6), 1152 - 1156. 1985.

-FIELD, T., **The treatment of depressed mothers and their infants**, pp. 221-236. In L Murray e P Cooper (orgs.). Postpartum depression and child development. Guilford, Nova York. 1997.

-FERBER, S. G. et al. **The development of maternal touch across the first year of life**. Early Hum. Dev., v.84, n. 6, p. 363-370, 2007

-FIGUEIRAS, B. **Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebê?** In I. Leal (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Parentalidade (pp. 23 - 47). Lisboa: Fim de século. 2005.

-FONSECA, VRJRM; SILVA, GA; OTTA, E. **Depressão Pós-Parto e Disponibilidade Emocional Materna**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):738-746, abr, 2010.

-FRANCISCO, V. L. et al. **A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental**. Anál. Psicol., v. 2, n. 25, p. 229-239, 2007.

-FRAGA, D.A. et al. **Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais materno**. Psicol. Reflex. Crít., v.21, n.1, p.33-41, 2008

-FRIZZO, G. B. e PICCININI, C. A. **Depressão Materna e a Interação Triádica Pai-Mãe-Bebê**. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.20, n.3, p. 351-360, 2007

-FUNDAÇÃO SEADE. São Paulo, 2013.

-FUERTES, M. FARIAS, A., SOARES, H., OLIVEIRA-COSTA, A. **Momentos de interação em que as emoções se apre(e)ndem: estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil em jogo livre**. Psicol. USP, vol.21, no.4, São Paulo.2010.

-GLASSHEN, C; RICHARDSON, G.A; FABIO, A. **A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children**. Arch. WomensMent Health. v.13, n.1, p.61-74, feb. 2010.

-GOMES, L. A et al. **Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce**. Rev. Rene, v.11, n. Esp, p.117-123, dez. 2010

-
- GOMIDE, P. I. C.. **Pais presentes, pais ausentes**. Petrópolis: Vozes. 2004.
- GORENSTEIN, C. et al. **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI – II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- GORENSTEIN, C. e ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck- Propriedades psicométricas da versão em português**. Em C. GORENSTEIN, L. H. S. G. ANDRADE, A.W. & ZUARDI (Orgs.), Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia, 2000 (pp. 89-95). São Paulo: Lemos-Editorial.
- GONÇALVES, J.I.C., **Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebê**. Tese de mestrado apresentada à Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia. 2008.
- GOODMAN, S. H., e BRUMLEY, E. **Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting**. *Developmental Psychology*, 26, 31-39, 1990.
- GOODMAN, S.H.ET AL.**Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review**.*Clinical Child and Family Psychology Review*v. 14,n. 1,p. 1-27, 2011.
- GOODMAN, S. H; ROUSE, M. H. **Perinatal depression and children: a developmental perspective**. In: Tremblay, R. E et al. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010.
- GOODMAN SH. **Depression in mothers**. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007;3:107-135. 2007.
- HANNA, B., JARMAN, H., SAVAGE, S.**The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression**. *International Journal of Nursing Practice*, 10: 72–79. 2004.
- HART, S. et al. **Depressed mothers interactions with their one-year-old infants**. *Infant Behavior and Development*, v.21, n.3, p. 519-525, 1999.
- HICKS, D.; CUMMINGS, T.J.; EPSTEIN, S.A. **An approach to the patient with anxiety**. *Med. clin. North America.*, Philadelphia, v.94, n.6, p.1127-1139, Nov., 2010.

- HUNG, C., CHUNG, H. **The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status.** Journal of Advanced Nursing, 36(5), 676-684. 2001.
- ISABELLA, R. A; BELSKY, J. **Interacional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study.** Child Development, v. 62, p. 373-84, 1991.
- JANET, M. W. et al. **Chronic Maternal Depression Is Associated with Reduced Weight Gain in Latino Infants from Birth to 2 Years of Age.** Plos one. Volume 6. February, 2011.
- KAITZ, M. et al. **Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants' response to challenge.** Infant Behav. Dev., v. 33, n. 2, p. 136-148, 2010.
- KEMPPINEN, K., KUMPULAINEN, K., RÄSÄNEN, E., MOILANEN, I., EBELING, H., HILTUNEN, P., e KUNELIUS, A. **Mother-child interaction on video compared with infant observation: is five minutes enough time for assessment?** Infant Mental Health Journal, 26(1), 69-81, 2005.
- KERBER, S. R., FALCETO, O. G., e FERNANDES, C. L. C. **Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 33(6), 281-287, 2011.
- KONRADT, C. E., SILVA, R. A., JASEN, K., VIANNA, D. M., QUEVEDO, L. A., SOUZA, L. D. M., OSES, J. P., e PINHEIRO, R. T. **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33(2), 76-79, 2011.
- KLEIN, V. C.; LINHARES, M. B. M. **Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura.** Psicologia em estudo, v. 11, n. 2, p. 277-284, 2006.
- KREISLER, L. **A nova criança da desordem psicossomática** (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.
- LANCASTER CA, GOLD KJ, FLYNN HA, YOO H, MARCUS SM, e DAVIS MM. **Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review.** Am J Obstet Gynecol; 202:5-14, 2010.

-LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B., PEREIRA, M. N.; et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, 30 Sup:S17- S47, Rio de Janeiro, 2014.

-LINDHAL, K M. **Methodological issues in family observational research**. In: KERING, P K e LINDHAL, K M (org.). Family observational coding systems, p. 23-32. Mahwah, New Jersey, Lawrence Associates, 2001.

-LINDGREN, K. **Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy**. Research in Nursing & Health, 24, 203-217.2001.

-LOPES, F. A.; ARRUDA, M. F. **Do conflito de interesses à cooperação: a interação mãe-bebê numa perspectiva etológica**. In: In: PICCININI, C. A.; MOURA, M. L. S. (Orgs). Observando as Interações Pais-Bebê-Criança: Diferentes Abordagens Teóricas e Metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

-LORDELO, E. R. **Interação social e responsividade em ambientes domésticos e de creche: cultura e desenvolvimento**. Estud. Psicol., v.7, n.2, p. 343-350, 2002

LORDELO, E. R; FONSECA, A. L; ARAÚJO, M. L. V. B. **Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.13, n.1, p.73-80, 2000.

-LOVEJOY, M. C. et al. **Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review**. Clin. Psychol. Rev., v. 20, n. 5, p. 561-592, 2000.

-LOVEJOY, M.C. **Maternal depression: effects on social cognition and behavior in parent-child interactions**. Journal of Abnormal Child Psychology, 19(6), 694-706, 1991.

-LOVISI, GM., LOPES, JR., COUTINHO., E., PATEL, V. **Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil**. Psychol Med. 35:1485-92. 2005.

-MARTINEZ, A., MALPHURS, J., FIELD, T., PICKEND, J., YANDO, R., BENDELL, D., et al. **Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners**. Infant Mental Health Journal, 17, 74-80. 1996.

- MATTAR, R et al. **A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento de depressão pós-parto**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.29, n.9, p.470-477, 2007.
- MATOS, M.I.R. et al. **Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients**. Rev. Bras. Psiquiatr., v.24, n.4, p.165-169, 2002.
- MAZET, P.; STOLERU, S. **Manual de Psicopatologia do Recém-nascido**. Porto Alegre. ArtesMédicas. 1990.
- MELNYK, B.M., CREAN, H., FEINSTEIN, N.F., FAIRBANKS, E. **Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the NICU: Explanatory effects of the COPE Program**. Nursing Research. 57(6), 383-394. 2008.
- MENDONÇA, J. S et al. **Father-Child Interactional Synchrony in Brazilian Families with Maternal Depression**. The Internat. Soc. Humanethology., v.30, n.1, p.121-138, 2015
- MOURA, M. L. S. **Observando as Interações Pais-Bebê-Criança: Diferentes Abordagens Teóricas e Metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 177-211, 2007.
- MORAES, I. G. S et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.1, p.65-70, 2006.
- MORAIS, M.L.S.; LUCCI, T.K.; OTTA, E. **Postpartum depression and child development in first year of life**. Estud. Psicol., v.30, n.1, p. 7-17, 2013
- MOREIRA, S.N.T. et al. **Estresse e ansiedade em mulheres inférteis**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.28, n.6, p.358-364, 2006.
- MOTTA, M.G.; LUCION, A.B.; MANFRO, G.G. **Efeitos da depressão materna no desenvolvimento biológico e psicológico da criança**. Rev. Psiquiatr., v.27, n.2, p.165-176, 2005.

-MURRAY, L., KEMPTON, A., WOOLGAR, H. e HOOPER, P. **The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome.** Child Development. Volume 67, Issue 5, pages 2512–2526, October 1996.

-MURRAY, L et al. **The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a development approach.** The Journal of Child Psychology and Psychiatric, v.51, n.10, p.1150-1159, may 2010.

-NARDI, C.G.A. e RODRIGUES, O.M.P.R. ET AL. **Sequência de Pierre Robin e a interação mãe-bebê.** Estudos de Psicologia I Campinas I 32(1) I 129-140 I janeiro - março 2015.

NICHD ECCRN. **Affect dysregulation in the mother-child relationship in the toddler years: Antecedents and consequences.** Development and Psychopathology, 16, 43-68. 2004.

-NICHD Early Child Care Research Network. **Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months.** Developmental Psychology; 35(5):1297-1310.1999.

-NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

-NUDIF. **Protocolo para avaliação da interação triádica e diádica.** Instituto de psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado. 2003.

-O'CONNOR, T. G et al. **Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children.** The British Journal of Psychiatry, v.180, n.6. p.502-508, june 2002.

-O'CONNOR, T. G; HERON, J; GOLDING, J; GLOVER, V. **Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis.** J Child Psychol Psychiatry, v. 44, n.7, p.1025-1036, oct. 2003.

-OMS, Organização Mundial de Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Brasil: OMS; 2011.

-
- OMS, Organização Mundial de Saúde. **The World Health Report: Mental**, 2001.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. **The world health report: primary health care now more than ever**, 2008
- PACHECO, A.L.P.B, e DUPRET, L. **Creche: desenvolvimento ou sobrevivência?** Psicologia USP, 15(3), 103-116, 2004.
- PADOVANI, F. H. P. **Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações materna acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta comparadas a mães de bebês nascidos a termo.** São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP – Dep. de Psicologia e Educação, 2005.
- PAIM, J, TRAVASSOS, C, ALMEIDA, C, BAHIA, L, MACINKO, J.O **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** The Lancet - Saúde no Brasil, p. 11-31, maio de 2011
- PAPALIA, D.E., OLDS, S.W., e FELDMAN, R. **Human Development.** New York, NK: Mcgraw-Hill. 2001.
- RAPOPORT, A.;PICCININI, C. A.. **Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê.** Psico-USF, v. 16, p. 215-225, 2011
- PATEL, V; SOUZA, N; RODRIGUES, M. **Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India.** Arch. Dis. Child., v.88, p.34-37, 2003.
- PEREIRA, P. K; LOVISI, G. M. **Prevalência da depressão gestacional e fatores associados.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v.35, n.4, p.144-153, 2008.
- PEROSA, G. B; SILVEIRA, F. C. P; CANAVEZ, I. C. **Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.24, n.1, p.29-36, jan./mar. 2008.
- PETTERSON, S.M.; ALBERS, A.B. **Child Development**, November/December 2001, Volume 72, Number 6, Pages 1794-1813. 2001.

PICCININI, C. A. et al. **Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança.** Psicologia: reflexão e crítica, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001.

-PICCININI, C. A. et al. **Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança.** Estud. Psicol., v.12, n.2, p. 109-117, 2007.

-PICCININI, C. A.; FRIZZO, G. B.; MARIN, A. H. **Interações Diádicas e Triádicas em Famílias com Crianças de Um Ano de Idade.**2007.

-PICKEND, J. e FIELD, T. **Facial expressivity in infants of depressed mothers.** Developmental Psychology, 29, 986 - 988. 1993

-PINTO, I. D; PADOVANI, F. H.P; LINHARES, M. B. M. **Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.25, n.1, p 75-83, jan./mar. 2009.

-RIBAS, A. F. P.; MOURA, M. L. S.; RIBAS, J. R. R. C. **Responsividade materna: levantamento bibliográfico e discussão conceitual.** Psicol. Reflex. Crít.,v.16, p. 1, 2003.

-RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F.H.P. **Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna,** Ciência & Saúde Coletiva, 19(1):215-226, 2014.

-RIBEIRO, M.C.S.A, BARATA, R.B. ALMEIDA, M.F e SILVA, Z.P. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003,** Ciência & Saúde Coletiva, 11(4):1011-1022, 2006.

-RIGHETTI, V. M; BOUSQUET, A; MANZANO, J. **Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18 month-old-infant.** European Child and Adolescent Psychiatry, v.12, n.2, p.75-83, 2003.

-ROSEMBERG, F. **A Criação de filhos pequenos: tendências e ambigüidades contemporâneas** In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.). Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, p. 167-90. 1995.

-RUTTER, M.; QUINTON, D. **Parental Psychiatric disorder: Effects on children.** Psychological Medicine, v.14, p. 853 – 880,1984.

-SARAIVA, E. R. A. **A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: Um Estudo das Representações Sociais.** Dissertação de mestrado em Psicologia Social apresentado a Universidade Federal da Paraíba, no Programa de Pós Graduação em Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva. João Pessoa, 2007.

-SCHIAVO, R. A; RODRIGUES, R. A. **Presença de stress e ansiedade no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto.** São Paulo, Bauru, 2011. Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista –UNESP/Bauru, 2011.

-SERVILHA, B., BUSSAB, V. S. R. **Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 46, n. 1, pp. 103-111, jan.-mar. 2015

-SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. **Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE).** Tradução e adaptação BIAGGIO, A. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

-SCHMID, B., BLOMEYER, D., BUCHMANN, A. F., TRAUTMANN-VILLALBA, P., ZIMMERMANN, U.S., SCHMIDT, M. H., ESSER, G., BANASCHEWSKI, T., e LAUCHT, M. **Quality of early mother-child interaction associated with depressive psychopathology in the offspring: A prospective study from infancy to adulthood.** *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1387-1394, 2011.

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

-SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. **A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê.** Estudo de Psicologia, Campinas, v.22, n.2, p.146-153, abr./jun. 2005.

-SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. **Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida.** Psicologia Teoria e Pesquisa, Brasília, v.20, n.3, p.233-240, sep./dec. 2004.

-SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** Estudos de Psicologia, 8(3), 403-411. 2003.

-SEAD. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. SP Demográfico. **Resenha de estatísticas vitais do estado de São Paulo. O Retrato das mães Paulista e de seus filhos recém-nascidos.**, ano 10., n.4, maio 2010.

-SEIDL DE MOURA, M. L, RIBAS, A F. P., SEABRA, K. C., PESSOA, L. F.; NOGUEIRA, S. E., ROCHA, S. B., MENDES, D. M. F., e VICENTE, C. C. **Interações mãe-bebê de um e cinco meses de díades urbanas: aspectos afetivos, comportamentos, complexidade e sistemas parentais predominantes.** Psicologia Reflexão e Crítica, 21(1),66-73. 2008.

-SEIDL-DE-MOURA, M. L. & RIBAS, A. F. P. **Evidência sobre características de bebês recém-nascidos: um convite a reflexões teóricas.** In M. L. Seidl-de-Moura. O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento (pp. 21-60). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

-SILVA, F. **Associações entre indicadores emocionais maternos para depressão, ansiedade e estresse e problemas comportamentais de crianças com fissura labiopalatina.** Tese apresentada à Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências de Bauru. Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, 2014.

-SILVA, S M A, **Vinculação Materna durante e após a gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social.** Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde apresentado à Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto. 2012.

-SILVA, M R; PICCININI,CA. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: Revisando a literatura. Estudos de Psicologia, v. 14, n.1, 05-1, 2009.

-STEIN, A. et al. **The influence of maternal depression, caregiving and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development.** Child Care Health Dev., v.34, n.5, p.603-612, 2008.

-STEIN, A., GATH, D. H., BUCHER, J., BOND, A., DAY, A., e COOPER, P. J. **The relationship between post-natal depression and mother-child interaction.** British Journal of Psychiatry, 158, 46-52. 1991.

-SOHR-PRESTON, S.L.; SCARAMELLA, L.V. **Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language developmentp.** Clin. Child Fam. Psychol. Rev., v.9, n.1, p.65-83, 2006.

-SOUSA, D. D., PRADO, L. C., e PICCININI, C. A. **Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24(2), 335-343, 2011.

-TRONICK, EZ. WEINBERG M.K. **Gender differences and their relation to maternal depression** Em: S. Johnson; A. Hayes; T. Field; N. Scheneiderman. P. McCabe (Orgs.). Stress, coping and depression (pp. 23-24). London: Lawrence. 2000.

-UNICEF, O Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos** (Conferência de Jomtien – 1990).

-VAN DEN BOOM, D. C. **The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants**. Child Development, v.65, p. 1449-1469, 1994.

-VIEIRA, M. L. e PRADO, A. B. **Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogênese e ontogênese no desenvolvimento infantil**. In M. L. Seidl-de-Moura. O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento (pp. 155-204). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

-VICTORA CG, AQUINO EML, LEAL MC, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCOWALD CL. Health in Brazil 2. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. Lancet; 377:1863-76, 2011.

-VICTORA CG, BARRETO ML, LEAL MC, MONTEIRO CA, SCHMIDT MI, PAIM J. et al. **Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward**. Lancet; 377(9782):2042-53, 2011.

-VICTORA, C.G. et al. **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. Lancet, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011

-WAGNER, A., PREDEBON, J., MOSMANN, C., VERZA, F. **Compartilhar Tarefas? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Vol. 21 n. 2, pp. 181-186, Mai-Ago, 2005.

WEINBERG, MK, TRONICK, EZ. **Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety**. Pediatrics. 102(5):1298-304. 1998.

-WELLER, A. e FELDMAN, R. **Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids.** Peptides, 24, 779–788. 2003.

-WENZEL, A., HAUGEN, EN., JACKSON, LC., BRENDLE, JR. **Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum.** J Anxiety Disord.;19(3):295-311. 2005.

-YUNES, M. A. M. **Os discursos sobre a questão da resiliência: expressões e consequências para a promoção do desenvolvimento.** In: COLINVAX, D.; LEITE, L. B.; DELL'ÁGLIO, D. D. (Org.). Psicologia do desenvolvimento: reflexões e práticas atuais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 225-246

-ZAMBERLAN, M.A.T. **Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos.** Estudos de Psicologia, 7(2), 399-406, 2002.

-ZANARDO, V et al. **Impact of anxiety in the puerperium on breast-feeding outcomes: role of parity.** J. Pediatr.Gastroenterol. Nutr., v.49, n.5, p.361-364, nov. 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “Ansiedade e Depressão Materna Crônica e suas Implicações na Interação Mãe-Bebê”, que pretende estudar as características da interação da criança com a mãe, tanto das que tem, ou não, problemas de saúde mental.

A senhora foi selecionada a participar dessa pesquisa por que fazia parte da lista de mães avaliadas no estudo “Desenvolvimento Infantil: sua associação com o Stress, Ansiedade e Depressão Materna da gestação ao primeiro ano de vida” de Rafaela Schiavo e Gimol Benzaquen Perosa realizado em 2013.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica, que serão realizadas pela pesquisadora, seguido de gravação de um vídeo, que dura em média 8 minutos, em que se pedirá que a senhora brinque com seu filho, como costuma fazer rotineiramente. Para facilitar, ofereceremos alguns brinquedos. Essa atividade será realizada em sua própria casa, no horário que a senhora estipular. Acreditamos que a entrevista e a gravação durarão cerca de 20 minutos.

Um maior conhecimento das formas como as mães brincam com seus filhos desta faixa etária possibilitará a orientação de mães que tem dificuldades de interagir, prejudicando o desenvolvimento de seu filho.

Se a senhora permitir, pretendemos utilizar os dados obtidos em eventuais comunicações científicas e publicações, respeitando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita sua identificação. Em caso de reprodução do vídeo gravado, será apresentado com mosaico no rosto dos participantes, preservando a identidade tanto sua como da criança.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no seu tratamento ou preferência de agendamento médico. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____
Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Eloisa Pelizzon Dib. Assinatura: _____

Orientador: Dra. Gimol Benzaquen Perosa. E-mail: gimol@fmb.unesp.br
Pesquisadora: Eloisa Pelizzon Dib. E-mail: eloisapdib@hotmail.com
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de
Medicina de Unesp/Botucatu Fone: (14) 3811 6260 ou 3811 6089.

ANEXO 2 – Questionário Sócio Demográfico**ENTREVISTA SÓCIO DEMOGRAFICA**

DATA: ____/____/____

Entrevistador: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome da Criança: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Fone: () _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Nível de escolaridade: () sem escolaridade () fundamental incompleto () fundamental completo

() 1º grau incompleto () 1º Grau completo () ensino médio incompleto

() ensino médio completo () superior incompleto () superior completo

Ocupação: _____

Se, trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____

Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe? _____

A criança frequenta creche ou berçário? () Sim () Não

Desde que idade? _____

Tempo de permanência na creche, no dia _____

Contato com a mãe (número de horas por dia): _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Nível de escolaridade: () sem escolaridade () fundamental incompleto () fundamental completo

() 1º grau incompleto () 1º Grau completo () ensino médio incompleto

() ensino médio completo () superior incompleto () superior completo

Ocupação: _____

Situação conjugal atual: () solteiro () casado () união consensual
() divorciado () separado () viúvo

Tipo de moradia: () própria () alugada () emprestada

N.º de pessoas na casa: _____ Renda familiar: _____

Contava com ajuda para cuidar do bebê: () não () sim, quem? _____

GESTAÇÃO: Idade gestacional do ultimo parto: _____ N.º de gestações: _____

N.º de partos: _____ N.º de abortos: _____

PARTO: () Normal () Cesárea eletiva () Cesárea não eletiva () Fórceps

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO:

Nascimento: () a termo () pré termo () pós termo

INTERCORRENCIAS PÓS PARTO:

ANEXO 2 – Categorias de Comportamento

Descrição das Categorias de comportamento infantil

1) Envolvimento – refere-se ao grau de engajamento da criança com o genitor, brinquedo ou atividade, mostrando-se bem integrada. Os escores mais baixos representam a criança que não mostra envolvimento, que parece evitar se envolver o genitor, brinquedo, ou atividade. Ela também pode demonstrar não estar envolvida, engajando-se por períodos curtos de tempo. Os escores mais altos representam a criança que se mostra interessada e envolvida com o genitor, brinquedo ou atividade durante grande parte da observação a ou que representa intenso envolvimento. Indicadores de envolvimento: a) mantém contato visual com o genitor; b) responde a fala do genitor e/ou brincadeiras propostas; c) explora o brinquedo; d) explora o ambiente. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- Não característico da interação; 2- Minimamente característico da interação; 3- Mais ou menos característico da interação; 4- Moderadamente característico da interação; 5- Muito característico da interação.

2) Interação – refere-se aos comportamentos interativos sugeridos por Ainsworth e colegas (1978), amplamente utilizados como um dos principais indicadores do padrão de apego mãe-criança. Os comportamentos facilitadores da interação são característicos da criança que busca e mantém contato com o genitor, durante grande parte da observação, mesmo que, por vezes, interaja a distância. Já os comportamentos não facilitadores da interação são característico da criança que não busca interagir com o genitor, que parece esquivar-se de qualquer contato com ele(a) ou que representa resistência a interação na maior parte da observação. Indicadores de interação: a) busca de contato e proximidade; b) manutenção de contato; c) interação a distância; d) resistência; e) esquiva. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- Não característico da interação; 2- Minimamente característico da interação; 3- Mais ou menos característico da interação; 4- Moderadamente característico da interação; 5- Muito característico da interação.

3) Afeto Positivo – refere-se ao quanto à criança esta satisfeita, contente, e confortável com a interação. Os escores mais baixos representam a criança que

não apresenta sinais de afeto positivo, que tem humor negativo ou que não apresentam nenhum afeto. A criança também pode apresentar afeto positivo infreqüente ou fraco ou pode alternar momentos de intenso afeto positivo com momentos de intenso afeto negativo. Os escores mais altos representam a criança que, predominantemente, apresenta afeto positivo e que é agradável na maior parte da observação, não apresentando nenhum episódio de aflição. Indicadores de afeto positivo: a) apresenta vocalizações positivas; b) sorri e/ou dá gargalhadas; c) abraça, beija ou demonstra outras expressões físicas de afeto; d) movimenta o corpo para demonstrar entusiasmo. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- Não característico da interação; 2- Minimamente característico da interação; 3- Mais ou menos característico da interação; 4- Moderadamente característico da interação; 5- Muito característico da interação.

4) Afeto Negativo –refere-se às expressões de descontentamento da criança em relação à interação. Os escores mais baixos representam afeto negativo pouco frequente. A criança deve manifestar comportamentos sutis de raiva ou resistência ao genitor. Os escores mais altos representam intenso afeto negativo, presente em alguns momentos da interação ou moderados descontentamento durante maior parte da observação. A raiva e resistência da criança aparecem repetidamente nas interações com o genitor. Indicadores de afeto negativo: a) apresenta vocalizações negativas; b) chora; c) expressa descontentamento; d) fica irrequieta; e) demonstra raiva e/ou hostilidade. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- Não característico da interação; 2- Minimamente característico da interação; 3- Mais ou menos característico da interação; 4- Moderadamente característico da interação; 5- Muito característico da interação.

Descrição das Categorias de comportamento materno

1) Sensibilidade – refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades da criança. Eles estão centrados na criança. Os pais indicam estarem cientes das necessidades, humor, interesses, capacidades da criança. Oferecem uma mistura adequada de apoio e independência. Respondem apropriadamente à criança. Indicadores de sensibilidade: a) reconhecer o afeto da criança; b) estabelecer uma conversação responsiva ao conteúdo da fala e/ou atividade da criança; c) facilitar,

mas não controlar o brinquedo da criança; d) tempo apropriado das atividades para corresponder ao interesse da criança; e) mudar o ritmo quando a criança parece pouco estimulada, superexcitada ou cansada; f) aproveitar o interesse da criança no brinquedo; g) partilhar afeto positivo; h) fornecer um nível de estimulação apropriado e uma variedade apropriada de atividades; i) fornecer uma disciplina adequada à natureza peripécia da criança e ao nível de entendimento da mesma; j) flexibilidade geral em lidar com questões de autonomia e de obediência da criança e k) criança decide/ escolhe a brincadeira. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1- Não característico da interação* - há pouca evidência de sensibilidade parental. Pais raramente respondem apropriadamente às demandas infantis ou manifestam desatenção com as necessidades da criança. Interações são assíncronas ou inadequadas. No entanto, se o adulto está preocupado ou desligado, então ele não é sensível mesmo que a criança esteja engajada. *2- Minimamente característico da interação*: pais evidenciam sensibilidade/ responsividade de forma pouco freqüente ou pouco sensível/responsiva. Mesmo que os pais sejam um pouco sensíveis, na média da interação há maior insensibilidade às necessidades da criança. *3) Mais ou menos característico da interação*, *4- Moderadamente característico da interação*: Pais são predominantemente sensíveis/responsivos. Eles demonstram sensibilidade na maior parte das interações, mas não em todas ou podem demonstrar um pouco de insensibilidade, embora predominantemente eles são sensíveis (por exemplo, pais disponíveis às necessidades da criança, mas algumas respostas são mais dirigidas pelo adulto do que pela criança) ou o adulto está mais desligado do que seria recomendável. *5- Muito característico da interação*: Pais são excepcionalmente responsivos e sensíveis. Insensibilidade é rara. Interações são caracteristicamente bem programadas e apropriadas, indo ao encontro das necessidades desenvolvimentais da criança.

2) Afeto positivo - Refere-se à extensão na qual os membros da família parecem apreciar estar junto. São carinhosos entre si e parecem relaxados e à vontade uns com os outros. Os sentimentos positivos são mostrados quando os membros da família: a) falam num tom de voz afetuoso; b) abraçam-se ou mostram outras expressões de afeto físico; c) apresentam expressão facial; d) apresentam sorriso e gargalhadas uns com os outros; e) entusiasmam-se com o que os outros membros da família estavam fazendo; f) agradam-se. Aproveitando e mantendo

contato visual enquanto interagem. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- *Não característico da interação*: Família demonstra pouco contentamento em estar junta e pouco afeto. Este escore pode também envolver expressões positivas (sorriso ou gargalhada) inapropriadas para a situação ou que mostrem inadequação dos sentimentos da família. As expressões faciais podem ser sem expressão ou apáticas; 2- *Minimamente característico da interação*: Família mostra poucos sinais de afeto positivo. Tanto intensidade quanto a frequência dos indicadores comportamentais de afeto positivo são baixas; 3- *Mais ou menos característico da interação*. 4- *Moderadamente característico da interação*: família mostra afeto positivo predominantemente. A diferença em relação ao escore 4 é que a família parece menos relaxada do que as famílias com escore 5; 5- *Afeto característico da interação*: Este escore deve ser dado a famílias que são predominantemente positivas, em termos de expressão facial, vocal e comportamental. O afeto é positivo e espontâneo. Os membros da família claramente parecem aproveitar estarem juntos. Eles estão relaxados e confortáveis uns com os outros.

3) Afeto negativo - Refere-se às expressões de afeto negativo, conflitos, discordâncias ou críticas de um membro da família em relação a outro. Em relação à criança ou por parte da criança dirigindo-se aos pais. Os pais podem brigar com a criança. As interações podem ser hostis, punitivas, de forma encoberta ou explícita. Incluem expressões faciais negativas, tom de voz seco, interações caracterizadas por repreensão, ameaças, gritos e outras formas negativas ou de asserção de poder para controlar o comportamento da criança. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- *Não característico da interação*: Não há expressão de afeto negativo. Os membros da família podem estar desengajados e não envolvidos, mas não há expressão de irritação ou hostilidade. 2- *Minimamente característico da interação*: Família tem um clima emocional negativo mínimo, os membros da família podem estar desengajados. mas apenas um pouco de irritação e hostilidade é evidenciado. 3 - *Mais ou menos característico da interação*. 4- *Moderadamente característico da interação*: Família demonstra afetos negativos explícitos em parte do tempo, mas permeada por um pouco de afeto e engajamento positivo. 5- *Muito característico da interação*: família demonstra altos níveis de afeto negativo. Afeto negativo e irritação

ou conflito são o modo predominante de comunicação da família (clima tenso, de hostilidade e raiva).

4) Desengajamento - Reflete a extensão na qual os membros da família parecem não estar envolvidos uns com os outros. Os membros parecem não engajados, emocionalmente não envolvidos, não responsivos e não conscientes das necessidades uns dos outros. Mostram passividade e falta de interesse. Desligamento pode ser visto em: a) não acompanhar visualmente a atividade dos outros membros; b) apresentar objetos para os outros membros sem convidar à interação; c) raramente manter contato visual ou falar uns com os outros; d) não responder a vocalizações, sorrisos ou outros comportamentos dos demais membros; e) ignoram coisas interessantes que os outros membros estão fazendo. Os membros desligados podem não prestar atenção nos outros ou estar muito atentos às suas próprias atividades. A díade pode estar engajada, mas sem haver envolvimento emocional. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1-Não característico da interação:* Família quase não demonstra sinais de desapego ou desligamento. Membros da família interagem juntos predominantemente. *2-Minimamente característico da interação:* Família demonstra mínimo desapego. *3- Mais ou menos característico da interação,* *4-Moderadamente característico da interação:* Família está predominantemente desapegada, mas o desapego não é tão prevalente a ponto de se tornar preocupante. *5- Muito característico da interação:* família está muito desapegada. A criança fica sem atenção parental a maior parte do tempo, mesmo quando há uma distância razoável para interação. Quando a família interage, seu comportamento parece mecânico e superficial.

5) Intrusividade - A interação é intrusiva e supercontrolada e é centrada no adulto e não na criança. O (s) adulto (s) impõe seus próprios objetivos à criança. Ele superestrutura o brincar da criança, insiste em seus próprios objetivos e temas para o brincar e interrompe a criança para redirecionar o brincar. Insiste num uso particular do brincar, mesmo quando esse controle não é necessário para a segurança da criança ou por respeito aos outros. Viola o espaço da criança através de afastamento físico dela. Impede o direito da criança por seu próprio espaço e controle do seu corpo. Eles podem ser intrusivos de uma forma afetiva ou não. Mas o que caracteriza o comportamento como intrusivo é a ação dos pais de não reconhecer as intenções da criança como as reais ou válidas e comunicar que é

melhor depender dos pais para direcionar as atividades do que tentá-las individualmente. Comportamentos específicos que caracterizam a intrusividade: a) oferecer uma barreira contínua à conversa; b) não permitir que a criança selecione atividades ou brinquedos; c) modificar as atividades quando a criança ainda aparenta interesse sem prepará-la para a transição; d) insistir que a criança faça alguma coisa sem estar interessada; e) não permitir que a criança faça escolhas; f) disciplinar a criança excessiva ou abruptamente; e g) invadir fisicamente o espaço da criança através da remoção de objetos de suas mãos e mudar a sua posição corporal. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: *1-Não característico da interação*: Pais não demonstram sinais de intrusividade ou comportamento supercontrolador. Os pais claramente interagem com a criança de uma forma que valide a participação da criança, encorajam a criança a reconhecer suas intenções e negociam o curso das interações durante a sessão. *2- Minimamente característico da interação*: Pais demonstram mínima intrusão. Há evidência de intrusão, mas não é típica da interação. Os pais iniciam algumas atividades que não são bem vindas ou não são adequadas no tempo. O genitor pode terminar as atividades em que a criança está envolvida sem avisá-la ou sem dar-lhe tempo para uma transição. Pais permitem certo grau de autonomia, mas não apóiam e reforçam esta perspectiva da criança. *3- Mais ou menos característico da interação*. *4-Moderadamente característico da interação*: Pais freqüentemente são intrusivos ou supercontroladores. O comportamento parental intrusivo ou controlador é evidente com mais freqüência. Ou a família raramente interage e uma proporção substancial das interações é intrusiva. *5-Muito característico da interação*: As interações da família são tipicamente intensivas, forçadas e pode haver uso de força física para controlar a criança. Durante as interações os pais controlam as interações, permitindo pouca autonomia para a criança.

6) Estimulação cognitiva - Refere-se às tentativas de estimular o desenvolvimento cognitivo e mental da criança que fazem parte dos propósitos da família. Os pais estimuladores podem tirar vantagem de qualquer atividade de rotina para estimular o desenvolvimento, e constantemente se engajam em atividades com a intenção de facilitar a aprendizagem de seus filhos. Comportamentos que caracterizam a estimulação: a) conversar sobre e demonstrar aspectos do mundo físico; b) focalizar a atenção da criança em atributos únicos e qualidades perceptuais

dos objetos (cor, como eles se movem, etc.). c) sugerir atividades lúdicas mais sofisticadas (por exemplo, dizer por que você não tenta?), d) responder verbalmente para expandir as verbalizações da criança; e) encorajar a criança a participar ativamente nas atividades. Não significa apenas fornecer material de aprendizagem. Os pais devem estar engajados ativamente em esforços para estimular o desenvolvimento. Indicadores de estimulação do desenvolvimento cognitivo: a) descrever, nomear ou fazer perguntas sobre brinquedos ou objetos ou demonstrar como eles funcionam; b) estimular o desenvolvimento da linguagem da criança e a expansão das suas verbalizações; c) encorajar e reforçar as tentativas da criança de domínio ou desafiar a criança para tentar novas atividades; d) apresentar atividades numa seqüência organizada de passos; e) ensinar a criança ou lhe dar uma oportunidade de experimentar com materiais que ilustram ou ensinam conceitos; f) fazer perguntas que requeiram a resolução de problemas; g) nomear e interpretar as experiências da criança (por ex: você está achando isso engraçado?): h) pais mostram à criança como utilizar um brinquedo. A atribuição do escore de 1 a 5 deverá levar em conta as características descritas acima e considerando o que segue: 1- *Não característico da interação*: Os pais quase não fazem tentativas de ensinar algo à criança ou não lhe estimulam. 2- *Minimamente característico da interação*: Pais provêm pouca ou infreqüente estimulação. A consciência parental e tentativa de engajamento em atividades desafiadoras são limitadas. 3- *Mais ou menos característico da interação*. 4- *Moderadamente característico da interação*: pais provêm estimulação adequada, mas poderia ser razoavelmente esperado mais estimulação e de melhor qualidade. Os pais se esforçam para fornecer estimulação, mas não aproveitam todas as chances para fazê-lo. Estimulação não é o objetivo principal. Os pais podem encontrar novos meios de engajar as crianças com brinquedos, mas essas maneiras são limitadas em qualidade, ações tendem a ser repetidas ao invés de variadas. 5- *MUITO característico da interação*: Famílias estimulam e aproveitam as oportunidades para estimulação. Os pais provêm freqüentes e grande qualidade de estimulação através de lições, explicações e atividades. Ensinar ou favorecer o desenvolvimento caracterizam as interações dos pais com os filhos.

Anexo 3 – Pontuação nas escalas IDATE e BDI nas três avaliações para composição dos grupos

	1º			2º			3º		
Grupo Ansioso		A.	D.	A. E.	A. T.	D.	A. E.	A. T.	D
1	54	48	24	41	53	17	40	46	19
2	56	52	15	46	51	11	50	46	11
3	47	42	3	46	42	5	43	46	7
4	45	56	4	51	45	16	41	49	5
5	53	54	12	56	55	8	54	62	17
6	53	61	3	45	44	28	44	48	7
7	52	58	30	51	46	4	70	62	23
8	65	62	28	51	62	22	43	52	9
9	64	64	18	52	52	21	47	50	6
10	53	53	11	44	58	6	60	47	6
Grupo Depressivo	A. E.	A. T.	D.	A. E.	A. T.	D.	A. E.	A. T.	D
1	58	63	20	55	53	26	70	67	23
2	53	53	25	44	59	22	52	62	21
3	52	62	29	58	44	26	45	52	20
4	64	69	44	65	74	42	69	54	35
5	58	66	26	63	64	34	72	75	35
6	63	46	39	67	68	29	68	70	38
7	44	50	42	43	51	38	51	41	24
8	57	57	40	69	52	51	64	65	50
Grupo Controle	A.E.		D.	A. E.	A. T.	D.	A. E.	A. T.	D
1	38	34	11	30	39	10	29	34	5
2	39	30	1	33	24	0	26	26	0
3	38	35	12	34	29	0	33	33	5
4	35	39	16	38	39	8	36	35	3
5	35	33	6	39	36	4	28	34	1
6	32	29	4	33	35	1	33	31	5
7	37	39	9	27	31	1	32	33	4
8	35	31	16	32	36	8	33	32	16
9	32	33	16	32	36	13	37	30	4
10	34	33	9	26	29	2	38	32	5
11	38	35	18	37	37	7	38	38	6
12	33	34	0	39	36	4	34	36	6
13	30	31	2	33	26	4	31	36	6
14	37	38	13	32	38	4	32	32	4
15	38	31	3	36	27	0	32	30	1
16	39	34	6	32	33	0	39	23	15
17	39	35	15	33	33	2	31	30	5
18	37	37	8	23	36	5	34	31	8
19	38	37	3	28	30	0	30	33	0
20	38	35	6	34	28	2	31	31	1
21	29	34	1	24	26	0	31	28	1
22	32	23	8	27	36	2	34	33	6

A.E. – rastreia sintomas de ansiedade estado (IDATE) A. T. – rastreia sintomas de ansiedade traço (IDATE)
D – rastreia sintomas de depressão (BDI)