

# **A QUALIDADE DA INTERAÇÃO PAI-MÃE-BEBÊ EM SITUAÇÃO DE DEPRESSÃO MATERNA**

**Giana Bitencourt Frizzo**

**Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia sob orientação do  
Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento**

**Porto Alegre, janeiro de 2004**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Cesar Augusto Piccinini pela dedicação, companheirismo e exemplo de humildade. Levo comigo diversos bons momentos de convivência onde a aprendizagem acadêmica e profissional abriu espaço para um maior amadurecimento também pessoal.

Agradeço às famílias que participaram da pesquisa e permitiram que compartilhássemos desse momento tão especial em suas vidas. Sem sua colaboração nada disso seria possível.

Aos professores do Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento pelos ensinamentos sobre Desenvolvimento Humano, especialmente às professoras Dra. Rita Sobreira Lopes e Dra. Tânia Mara Sperb.

Ao professor Dr. Jonathan Tudge pelo incentivo e pela oportunidade de aprendizagem ao experienciar um novo paradigma de pesquisa em desenvolvimento humano.

Aos professores de minha graduação, em especial Dra. Maria Luiza Furtado Kahl e Dr. Ebenézer Aguiar Fernandes de Oliveira por novamente me incentivarem nos caminhos da vida acadêmica.

Agradeço ao psiquiatra Luiz Carlos Prado pelos ensinamentos sobre depressão materna e psicoterapia pais-bebê e pela dedicação ao coordenar nosso grupo de estudo.

Ao Grupo de Interação, Desenvolvimento e Psicopatologia (GIDEP/UFRGS/CNPq), Núcleo de Infância e Família por possibilitar a realização dessa dissertação e pelo auxílio com a coleta dos dados.

Ao CNPq pelo auxílio financeiro recebido.

Às alunas Luciane Garbini de Nadal e Márcia Leonardi Baldisserotto pelo auxílio na codificação dos vídeos.

Ao trabalho de Tonantzin Ribeiro na edição dos vídeos e organização dos dados, mas principalmente pela sua torcida e disposição em sempre auxiliar no que fosse necessário.

Ao funcionário Alziro Pereira dos Santos por sua ajuda incansável com as demandas técnicas com os equipamentos das pesquisas.

Às colegas do grupo de pesquisa sobre depressão materna pelo apoio e principalmente pela amizade. Agradeço especialmente à Daniela Delias de Souza Schwengber e Iara Maria Backes de Sotto Mayor pela ajuda incansável e pela amizade e carinho em todos momentos.

À minha turma de mestrado pela amizade que ajudou a amenizar as dificuldades inerentes à vida acadêmica e pelos tantos momentos de convivência e companheirismo.

Às minhas amigas Cintia Brum Siqueira Dotto, Laura Pithan Prochnow, Cristine Theisen, Bruna Spezia Melo, Tatiana Tamiosso e Luciana Frizzo Pagnossim pela amizade que tornou mais fácil minha adaptação a uma nova cidade.

Agradeço aos meus pais, Sonia e Benildo e à minha irmã, Sabrina, pelo incentivo e apoio incondicional em todos os momentos e principalmente pelo amor.

Ao meu noivo, Fabrício, pelo amor e carinho recebido ao longo de nossa história.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b>	
Apresentação.....	8
A interação mãe-bebê e pai-bebê e o desenvolvimento infantil.....	9
O puerpério como contexto das primeiras interações .....	11
Depressão materna e interação mãe-bebê, pai-bebê e pai-mãe-bebê .....	20
Justificativa e objetivos do estudo .....	35
<b>CAPÍTULO II - MÉTODO</b>	
Participantes .....	36
Delineamento e Procedimentos .....	39
Instrumentos e Material .....	39
<b>CAPÍTULO III – RESULTADOS</b> .....	43
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO</b> .....	46
Considerações finais.....	56
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A: Ficha de contato inicial .....	67
ANEXO B: Consentimento informado .....	68
ANEXO C: Observação da interação familiar .....	69
ANEXO D: Protocolo para avaliação da interação triádica e diádica.....	70
ANEXO E: Categorias do Protocolo para avaliação da interação triádica e diádica.....	71

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados Sócio-demográficos das Famílias com Depressão Materna.....	38
Tabela 2: Dados Sócio-demográficos das Famílias sem Depressão Materna.....	38
Tabela 3: Incidência Média, Desvio Padrão e Nível de Significância por Categoria e Contexto Interativo nas Famílias com e sem Depressão Materna.....	44
Tabela 4: Incidência Média, Desvio Padrão e Nível de Significância das Categorias e Contextos Interativos Mãe-bebê e Pai-bebê.....	44

## RESUMO

O presente estudo examinou as eventuais diferenças na interação triádica (pai-mãe-bebê) e diádica (mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai) em famílias com e sem depressão materna, com bebês de um ano de idade. Participaram do estudo 19 famílias, das quais 9 de mães deprimidas e 10 de mães não-deprimidas. A designação aos grupos foi baseada no escores das mães no Inventário Beck de Depressão. Foi utilizada uma sessão de interação livre pai-mãe-bebê, realizada numa sala de brinquedo da universidade, durante a qual se examinou padrões de interação triádico e diádico através de um protocolo envolvendo diversas categorias. Contrariando a hipótese do estudo, o teste Mann-Whitney não indicou diferenças significativas nas interações entre as famílias com e sem depressão materna. Para examinar as interações diádicas mãe-bebê e pai-bebê, dentro de cada grupo de famílias, utilizou-se o teste de Wilcoxon que revelou algumas diferenças significativas apenas no grupo sem depressão materna, em que a categoria afeto positivo apareceu significativamente mais intensa no contexto interativo mãe-bebê do que pai-bebê. Tendência semelhante, mas marginalmente significativa, também apareceu na categoria sensibilidade, mais intensa nas díades mãe-bebê, e desengajamento, mais intenso nas díades pai-bebê. Apesar dessas diferenças, no conjunto, os dados não corroboram as hipóteses iniciais do presente estudo. A ausência de diferenças nas interações examinadas sugere que no contexto de interação triádico, o pai pode desempenhar um papel moderador, ao amenizar os eventuais efeitos da depressão materna para a família.

Palavras-chave: depressão materna, interação triádica

## ABSTRACT

The present study examined the eventual differences in triadic (father-mother-baby) and dyadic (mother-baby, father-baby and father-mother) interaction. Nineteen families participated in the study, 9 with and 10 without maternal depression. The assignment for the groups was based on the Beck Depression Inventory. A free-play session with the father, the mother and the baby, in the toy room at the university, was used to examine the triadic and dyadic patterns using a protocol with several categories. Contradicting the hypothesis of the study, Mann-Whitney test did not indicate any significant difference in the interactions among families with and without maternal depression. To examine the mother-baby and father-baby dyadic interactions the Wilcoxon test was used, which indicated some significant differences only in the group without maternal depression, where the positive affect category was significantly more intense in mother-baby than in the father-baby context. A similar tendency, but only marginally significant also emerged in the sensitivity category, which was more intense in mother-baby dyads, and disengagement, more intense in father-baby dyads. Despite these differences, on the whole the results did not corroborate the initial hypothesis of the present study. The absence of significant differences in the interactions examined suggests that in the triadic context, the father may have a moderator role, buffering the eventual effects of maternal depression on the family.

Key-words: maternal depression, triadic interaction

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### **Apresentação**

O desenvolvimento humano ocorre dentro de um contexto social (Fitzgerald & Field, 1997). De acordo com Bowlby (1989), os bebês humanos parecem ser pré-programados a desenvolver-se de uma forma socialmente cooperativa. Corroborando esse ponto de vista, Minuchin (1982) descreve que o homem sobrevive em grupos, e esta é uma característica inerente à condição humana. Assim, a necessidade mais básica da criança é de uma figura materna, para alimentá-la, protegê-la e ensiná-la.

Contudo, a depressão parental pode alterar o desenvolvimento da criança, ao modificar o comportamento dos genitores, o que pode acarretar risco, predispondo-a a problemas emocionais e de comportamento (Jacob & Johnson, 1997). De acordo com Phares, Duhig e Watkins, (2002), as famílias nas quais um dos genitores apresenta depressão tendem a ser menos coesas, menos adaptativas, mostram menos envolvimento e são mais superprotetoras do que famílias nas quais nenhum dos pais apresenta algum distúrbio. Embora estes fatores estejam associados a problemas emocionais e de comportamento de crianças, parece que as crianças de famílias em que um genitor apresenta depressão estão particularmente expostas a desenvolver alguma patologia.

Os bebês de mães deprimidas estão em risco de desenvolver problemas em interações sociais mais tarde, pois as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações (Bowlby, 1989). A história de interações com uma mãe deprimida pode ter um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê (Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990). Há evidências de que a depressão parental contribui para o desenvolvimento de apego inseguro, o que acaba por colocar a criança em risco para futuros problemas, inclusive depressão (Cummings & Davies, 1999; Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995).

Diversos estudos realizados sobre depressão materna por Field (Field, 1995; Field & cols. 1988; Field & cols, 1990) sugeriram que o bebê pode imitar a mãe no seu comportamento de interação deprimido e acabar generalizando este padrão para suas interações com outros adultos não-familiares. No entanto, quando a interação ocorria com adultos familiares, como no estudo realizado por Hossain e cols (1994), como o próprio pai, essa generalização do estilo deprimido de interação não foi verificada no comportamento do bebê. Esses resultados se contrapõem aos estudos de Field, pois não houve generalização do padrão deprimido de interação do bebê com sua mãe deprimida para a situação com seu pai, que lhe é familiar e sensível a suas necessidades, além de não estar deprimido. Como no estudo de Field e cols (1988) foi analisada a interação do bebê com



uma estranha, talvez seja menos estressante para o bebê interagir com seu pai ou com uma pessoa que não lhe seja estranha, como a atendente da creche (Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez & Clasky, 1995). Isso constitui-se uma evidência importante, pois até hoje existem poucos estudos que incluem o pai nas pesquisas sobre as interações iniciais (Belsky, Gilstrap, & Rovine, 1984; Brazelton & Cramer, 1992; Krob, 1999; Parke, 1996). Menos enfatizadas ainda são a interação pai-bebê em situações de depressão materna (Chabrol, Bron, & Le Camus, 1996; Hossain & cols, 1994) e a interação familiar triádica nesse contexto. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é examinar a interação pai-mãe-bebê, mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai em famílias com e sem depressão materna.

Inicialmente, serão revisados os principais estudos sobre a interação mãe-bebê e pai-bebê, bem como as características do puerpério e dos transtornos do pós-parto, em particular da depressão materna. A seguir, serão apresentados e discutidos os principais estudos sobre o impacto da depressão materna na interação mãe-bebê. Por fim, discute-se a interação pai-bebê e o papel da família no contexto da depressão materna.

### **A interação mãe-bebê e pai-bebê e o desenvolvimento infantil**

As tentativas para estabelecer e reinstaurar as interações são típicas do comportamento interativo (Tronick & Cohn, 1989). Para esses autores, a interação pode ser caracterizada como um movimento que vai de estados coordenados a descoordenados e, novamente, coordenados entre a díade. A partir das trocas estabelecidas nas interações, o bebê aprende uma importante lição social: que ele pode influenciar outras pessoas através do seu comportamento (Parke, 1996). É muito importante que os pais e as mães sejam capazes de criar certa expectativa ou previsibilidade a partir da qual o bebê possa formular um padrão de relevância ou não-relevância de sinais, porque isso proporciona a base necessária para que o aprendizado da comunicação desenvolva-se na criança (Brazelton & Cramer, 1992; Stern, 1997).

A teoria do apego (Bowlby, 1989) pressupõe que a maneira pela qual uma criança é tratada por seus pais e mães, especialmente pela figura materna, exerce uma grande influência no desenvolvimento infantil. Nos primeiros meses de vida do bebê, o único meio de comunicação entre a mãe e o bebê seria através da expressão emocional e do comportamento que lhe acompanha. A comunicação permeada pela emoção manteria-se como um traço essencial das relações pelo resto da vida. Ao nascer, o bebê tem muitos caminhos potencialmente abertos para si, o caminho a ser seguido será determinado pela sua interação e o contexto em que vive, especialmente pela forma que os pais e as mães ou os cuidadores primários o tratam e como ele responde a seus genitores. Para Bowlby, quando os pais e as mães são sensíveis e oferecem respostas a suas crianças, estariam capacitando-as a seguir por um caminho saudável. Mas quando eles são insensíveis, não

responsivos e rejeitadores, é possível que elas sigam por um caminho incompatível com o desenvolvimento saudável, caso se deparem com outras situações adversas. Segundo Bowlby, uma mãe sensível, e possivelmente o pai também, entrariam facilmente em sintonia com sua criança, e ao manter-se atenta aos detalhes do comportamento de seu bebê, logo conseguiria descobrir o que mais lhe agrada. Em contrapartida, crianças de mães sensíveis a suas necessidades, seriam as que mais prontamente respondem de forma sensível à aflição dos outros.

De acordo com Parke (1990), a introdução do pai no desenvolvimento infantil foi de extrema importância, pois este não parece reproduzir as características da interação mãe-bebê. Diversos estudos têm revelado as diferenças na interação mãe-bebê e pai-bebê, mesmo em situações nas quais não há uma patologia (Brazelton & Cramer, 1992; Belsky & cols, 1984; Krob, 1999; Parke, 1996). Parke (1996) relatou que quando o bebê vocaliza, as mães tendem a responder ao bebê tocando-o, enquanto que os pais tendem a conversar com o bebê. As mães tendem a fazer brincadeiras mais distais, utilizando objetos para estimular os bebês, enquanto que os pais são mais propensos a usar o corpo na brincadeira, levantando a criança do chão, especialmente os meninos. Em geral, segundo Brazelton & Cramer (1992), o pai seria caracterizado por propor jogos alegres e estimulantes, cutucando e acarinhando o bebê, de forma que este tenha seu estado de excitação aumentado. Além disso, Parke observou que as mães passam mais tempo envolvidas com cuidados com a criança, como: banho e alimentação, enquanto que a maioria dos pais passa a maior parte do tempo brincando com suas crianças. Ele ressaltou que mesmo em casais que antes adotavam um sistema igualitário na sua rotina, parece haver uma mudança para um padrão mais tradicional para os papéis materno e paterno quando da chegada do bebê.

A interação mãe-bebê e pai-bebê pode ser considerada diferente porque o bebê conseguiria desde muito cedo distinguir o parceiro adulto e esperaria dele ou dela um determinado padrão de resposta (Brazelton & Cramer, 1992). De acordo com Tronick e Cohn (1989), a habilidade do par mãe-bebê coordenar-se aumenta com a idade do bebê. Essa probabilidade parece refletir tanto as habilidades interativas do bebê como a experiência entre o par mãe-bebê. Esses autores não incluíram o pai em seu estudo, mas é bastante provável que o mesmo aconteceria na interação pai-bebê.

De acordo com Bowlby (1989), o pai poderia possuir um papel de cuidados semelhante ao da mãe, embora em grande parte das culturas os pais o façam com menos frequência do que as mães, ao menos quando as crianças ainda são pequenas. De qualquer modo, o pai tende mais do que a mãe a se engajar em atividades físicas e a dramatizar histórias e, por isso, pode acabar tornando-se o companheiro preferido dos filhos durante a brincadeira, especialmente dos meninos. Brazelton e Cramer (1992) sugeriram que durante a interação evidenciam-se os papéis adultos. A mãe tenderia a oferecer comportamentos mais interativos e o pai proporcionaria um contexto no qual poderia surgir

a brincadeira. A estabilidade desses padrões indicaria que há uma necessidade para o bebê de que seus genitores correspondam a tais padrões de resposta.

Para Brazelton e Cramer (1992), nas interações diádicas com a mãe e com o pai, o bebê aprenderia sobre a diferenciação e a sincronização de comportamentos com cada parceiro, e estes aprenderiam o mesmo com o bebê. Além disso, o fato de o bebê responder diferentemente ao pai e à mãe faz com que os genitores sintam-se importantes e ressignifiquem seus papéis. Segundo os autores, as pequenas interrupções nas interações permitiriam a separação, a diferenciação e a individuação de cada membro. Segundo Tronick e Cohn (1989), tais interrupções levariam ao desenvolvimento de habilidades interativas e aprendizagem sobre as regras da interação em bebês mais novos e da formação inicial do senso de self em bebês mais velhos. De acordo com Parke (1996), embora as interações possam ser qualitativamente diferentes, o mais importante é que os pais e as mães sejam responsivos e sensíveis ao bebê. Um cuidador competente deveria aprender a reagir apropriadamente às mensagens do bebê, comportando-se responsivamente, mesmo que a resposta de um ou de outro genitor seja diferente, mas adequada, ao contexto da interação.

### **O puerpério como contexto das primeiras interações**

O puerpério, assim como outras fases do ciclo vital como a adolescência e a gravidez, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham (Maldonado, 2000). Após o nascimento da criança, há muitas alterações na vida da mulher, pois ela precisaria entrar em contato com seu novo corpo, que não é nem o corpo de antes da gestação e nem o corpo grávido. Segundo Maldonado (2000), seria preciso fazer o luto do corpo grávido para que a mulher possa tomar posse deste novo corpo. Para Szejer e Stewart (1997), essa busca estaria relacionada com um desejo de se reencontrar e de restabelecer o equilíbrio perdido durante a gestação, tarefa esta muitas vezes fadada ao fracasso, pois quase sempre a gravidez acarreta alterações corporais na mulher. Após o nascimento do bebê, a mãe precisaria transformar e reorganizar sua identidade. De acordo com Stern (1997), ela precisaria mudar o centro de sua identidade, de filha para mãe e de profissional para mãe de família. Tal reorganização seria importante para que a mãe possa alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo, energia e suas atividades.

Após o nascimento do bebê, a mãe precisa fazer o luto do bebê imaginário para entrar em contato com o bebê real (Maldonado, 2000). A primeira tarefa materna, para Soifer (1992), seria fazer a separação entre o que foi perdido - a gravidez - e o adquirido - o filho. Toda mãe imagina como será seu bebê, e o bebê real nunca é como o imaginado, por isso é preciso que a mãe possa elaborar essa perda entre o esperado e a realidade. Não é difícil imaginar o quanto isso pode deixar a mãe vulnerável neste período. Acrescenta-se a isso, segundo Soifer, o fato de que inicialmente o

bebê apenas chora, mama e dorme ao lado da mãe, ligando-se escassamente a ela, o que pode deixá-la confusa, perplexa e deprimida.

Segundo Maldonado (2000), neste início de interações, mãe e filho ainda não se conhecem direito, o que acaba por estabelecer uma relação pouco estruturada, não-verbal e muito emocional entre eles. Nessa fase, o bebê constitui-se como um enigma a ser desvendado pela mãe. Aos poucos, a díade vai conhecendo-se melhor e pode descobrir melhores formas de interação. Para a autora, essa falta de estruturação, ou seja, a falta de conhecimento mútuo entre a díade mãe-bebê neste relacionamento incipiente, oportuniza que a mãe faça muitas projeções de expectativas em relação ao bebê e a si mesma como mãe. Segundo Cramer (1997), essas projeções permitem que a mãe familiarize-se com seu bebê. Contudo, segundo Dunnewold (1997), é possível que, ao deparar-se com a não realização das expectativas não só em relação ao bebê, mas também quanto ao papel materno, de esposa e de dona de casa, a mãe possa sentir-se angustiada, deprimida, irritada, ansiosa e até culpar-se pelo fato de tais expectativas não corresponderem à realidade. É bastante provável que expectativas excessivamente positivas deixem-na despreparada para lidar com as mudanças que acontecem após o nascimento do bebê (Sherwen, 1991).

Dentre os autores que estudaram e descreveram o que acontece com uma mulher no puerpério, destacam-se Winnicott (1978) e Stern (1997). Segundo Winnicott, nesse período a mulher entra num estado especial, por ele denominado de “preocupação materna primária”. Tal condição é caracterizada por um estado de sensibilidade aumentada, que se desenvolve gradualmente ao longo da gravidez e dura até algumas semanas após o parto. Seu objetivo é capacitar a mulher a preocupar-se com seu bebê, podendo excluir seus outros interesses temporariamente, além de possibilitar que a mãe coloque-se no lugar do bebê e possa daí ser responsiva às necessidades dele. A mãe precisa identificar-se com o seu bebê para que consiga compreendê-lo. Para Winnicott, o estabelecimento da preocupação materna primária fornece um enquadramento que permite ao bebê revelar suas tendências de desenvolvimento, experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase de sua vida. Esse estado requer um trabalho psicológico da mãe, pois não é algo natural e é possível que algumas mulheres consigam ser boas mães sem necessariamente passarem pela preocupação materna primária.

Já Stern (1997) chama de constelação da maternidade a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê. Sua duração é temporária, mas pode levar de meses a alguns anos. Ela vira o eixo organizador central da vida psíquica da mãe e suprime, ao menos temporariamente, as outras organizações e complexos maternos. A constelação da maternidade é um conjunto de preocupações distintas, que envolvem os seguintes temas: vida-crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade. A constelação da maternidade também precisa reunir três discursos, que formam a trilogia materna: discurso da mãe

com sua própria mãe, seu discurso consigo mesma, especialmente enquanto mãe, e seu discurso com o bebê.

Assim como na preocupação materna primária de Winnicott, a constelação da maternidade de Stern não é obrigatória a todas as mulheres, pois elas não necessariamente se tornarão mães. Além disso, essa organização psíquica se dá em resposta a engravidar e a ter um bebê num determinado ambiente cultural. Ela não é natural nem inata, mas criada a partir do contexto da maternidade em sociedades ocidentais e pós-industriais, embora possa haver influência de alguns fatores psicobiológicos, especialmente hormonais. Todavia, as condições sócio-culturais parecem determinar como e se as influências psicobiológicas vão agir. Como a duração da constelação da maternidade é maior do que a preocupação materna primária de Winnicott, Stern (1997) considera que a constelação da maternidade engloba o construto winnicottiano.

As mães precisam estar saudáveis para que possam entrar em contato com seus bebês e estabelecer identificações com eles que possam ajudá-las a responder aos seus sinais (Winnicott, 1978). Para que elas entrem em sintonia com seus bebês, ou no estado de preocupação materna primária ou na organização psíquica da constelação da maternidade, é muito importante que elas estejam bem, do contrário não terão as condições necessárias para o estabelecimento desses estados especiais e saudáveis causados pelo nascimento do bebê.

A literatura basicamente diferencia três tipos de transtornos do pós-parto: a melancolia da maternidade (*baby blues*), a psicose puerperal e a depressão pós-parto. Segundo Miller (1998), a melancolia da maternidade seria um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dito e parece ser concomitante a mudanças neurofisiológicas normais no puerpério. Por fim, a depressão pós-parto materna parece ser multideterminada, podendo ter influências da genética, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. A psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, que normalmente exige internação (O'Hara, 1997). Digno de nota é que, segundo O'Hara, nem a psicose puerperal nem a melancolia da maternidade são consideradas patologias específicas pelo DSM-IV ou pelo SID10. O DSM-IV apenas classifica se os episódios começaram ou não no pós-parto. No entanto, dada a larga utilização desse sistema, o presente estudo utiliza os critérios do DSM-IV, embora diversos autores tenham sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (Beck, 1991; Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995). A literatura recente tem sido consistente em sugerir que existe pouca distinção entre as depressões que acometem as mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até do segundo ano de vida das crianças (Beeghly, Weinenberg, Olson, Kernan, Riley & Tronick, 2002; Cooper,

Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993). Apesar disso, visando evitar confusões, optou-se por utilizar o critério do DSM-IV, que define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. A depressão que acomete mães após esse período, ao longo do primeiro ano de vida do bebê e que será objeto de investigação do presente estudo, será denominada apenas de depressão materna.

Embora a melancolia da maternidade seja bastante comum e a psicose puerperal seja rara nas diferentes culturas, a incidência da depressão materna parece variar muito de acordo com o contexto cultural no qual a família está inserida. Mulheres de culturas que oferecem pouco apoio no período do pós-parto, mas exigem grandes expectativas com relação ao papel materno, parecem estar mais vulneráveis ao aparecimento desse transtorno (Miller, 1997). Segundo esse autor, presume-se que tais transtornos sejam qualitativamente diferentes e não existam como um continuum, embora possam estar relacionados. No entanto, às vezes pode ser difícil diagnosticar a diferença entre a melancolia da maternidade e a depressão materna, pois pelo menos nas primeiras semanas após o parto, a diferença entre ambas é muito tênue (Maldonado, 2000). Buscando diferenciar um pouco mais cada um desses quadros, são descritas, a seguir, algumas das particularidades que os distinguem.

A melancolia da maternidade, que se caracteriza por crises de choro, grande labilidade de humor, irritabilidade e hipersensibilidade emocional, diferencia-se do humor predominante de alegria que ocorre comumente no pós-parto. Segundo Szejer e Stewart (1997), a melancolia da maternidade pode ser considerada um estado depressivo benigno e normalmente transitório. Parece que a característica principal desse período é um aumento na reatividade emocional aos estímulos, tais como chorar ou ficar irritada, tornar-se excessivamente feliz ou triste, em resposta a estímulos que normalmente não eliciariam tais reações (Dunnewold, 1997; Maldonado, 2000; Miller & Rukstalis, 1997). Os sintomas tendem a ser intermitentes, e podem ser acompanhados de uma falta de confiança em si e de sentimentos de incapacidade (Szejer & Stewart, 1997). Em geral, a ocorrência da melancolia da maternidade acontece entre o terceiro e o quinto dia do pós-parto, podendo durar, por aproximadamente, duas semanas. Mas essa situação tende a ser solucionada em pouco tempo sem necessidade de intervenção (Miller & Rukstalis, 1997). Comumente as mães precisam apenas de apoio para solucionar a melancolia da maternidade, sendo que seu ajustamento normal ao puerpério pode levar até dois meses (Dunnewold, 1997), até mesmo porque a melancolia da maternidade não parece deixar seqüelas negativas nem para o bebê nem para a mãe (O'Hara, 1997).

Acredita-se que a prevalência da melancolia da maternidade seja em torno de 70% a 90% (Dunnewold, 1997; Szejer & Stewart, 1997), mas para outros autores ela pode variar entre 25 a 75% dentre todas as mulheres que deram à luz nas diversas culturas, dependendo de como os diferentes

pesquisadores definiram esse transtorno (Miller & Rukstalis, 1997; Parry, 1997). Segundo O'Hara, Zekoski, Phillips e Wright (1990), a melancolia da maternidade não parece estar relacionada a fatores demográficos. Mas de acordo com Miller e Rukstalis (1997), como ela está presente em diferentes contextos culturais, é possível que existam causas fisiológicas para sua ocorrência, já que na gravidez os níveis de progesterona e estrogênio elevam-se a níveis centenas de vezes maiores do que na ausência da gestação, e diminuem rapidamente após o parto. Dunnewold (1997) enfatizou que a melancolia da maternidade é causada pelas grandes mudanças hormonais após o parto e resolve-se rapidamente quando as taxas hormonais estabilizam-se. No entanto, há inconsistências nas pesquisas que partem desse pressuposto. Por isso, ainda são necessárias mais investigações sobre o assunto.

Para vários autores, a melancolia da maternidade poderia ser uma resposta normal ao pós-parto, já que está presente na maioria das mulheres. Nesse caso, não haveria anormalidades hormonais ou fisiológicas nas puérperas (Miller & Rukstalis, 1997). De acordo com Sjezer & Stewart (1997), mulheres que têm bebês prematuros não desenvolvem a melancolia da maternidade logo após o parto, mas somente a partir do momento em que já estão com seu bebê em casa. Claro que o fato de ficar separada dele nesses primeiros dias pode deixá-las tristes, mas parece ser um quadro diferente da melancolia da maternidade. Além disso, elas também sofrem as alterações hormonais como as outras mulheres que deram à luz, mas a melancolia da maternidade só aparece quando a mãe começa a se relacionar com seu bebê diariamente, aproximadamente no terceiro dia em que está com seu filho. Esses mesmos autores também observaram a ocorrência da melancolia da maternidade em mães adotivas, ou seja, mães que não passaram pelas alterações hormonais da gestação. Parece que a partir do terceiro dia com a criança a mãe adotiva pode começar a demonstrar sentimentos semelhantes ao da melancolia da maternidade. Portanto para Szejer e Stewart é possível que a presença do bebê em casa possa desencadear a melancolia da maternidade da mãe.

Alguns autores consideram que a melancolia da maternidade talvez seja a expressão subjetiva dos sistemas de apego mãe-bebê dos mamíferos, pois uma característica desses seres é que eles cuidam de seus filhotes (Miller & Rukstalis, 1997). Os mamíferos possuem um sistema neurobiológico único que é ativado pelas mudanças hormonais do pós-parto e que promove o apego inicial entre as mães e seus bebês recém-nascidos. Embora a concepção desses autores não tenha sido testada empiricamente, ela é bastante interessante, pois considera a melancolia da maternidade como uma reação normal do pós-parto, que varia quanto a sua intensidade de manifestação. No caso do seres humanos, obviamente os fatores psicológicos influenciariam a percepção e interpretação das mudanças de humor, e, segundo os autores, mulheres que já apresentassem vulnerabilidade para a depressão estariam mais propensas a experienciar tais alterações como depressivas, deixando-as

ainda mais vulneráveis à ocorrência de um episódio depressivo. Neste sentido, para Beck, Reynolds e Rutowski (1993) a melancolia da maternidade poderia predispor a mulher à depressão ao longo do puerpério, pois a melancolia na primeira semana foi relacionada com depressão entre a sexta e décima segunda semana depois do nascimento do bebê.

Um quadro mais grave do que a melancolia da maternidade envolve a psicose puerperal, cuja prevalência é de, aproximadamente, um caso a cada mil partos e a chance de reincidência é 1 para cada 3 mulheres. A psicose puerperal tem um início agudo, podendo ocorrer em até duas semanas após o parto (Larry, 1997), embora o risco mantenha-se grande por alguns meses (Steiner & Tam, 1997). Ao contrário da depressão pós-parto, os episódios de psicose puerperal tendem a ser severos e caracterizam-se por estados de maior confusão, mania e desorientação do que as psicoses não-puerperais (Attia, Downey & Oberman, 1997; Larry, 1997). Alterações no sono parecem ser um sintoma comum (Larry, 1997), além da labilidade de humor (Attia & cols; Maldonado, 2000).

Os principais fatores de risco para psicose puerperal são ser primípara e ter uma história pessoal ou familiar de doenças psiquiátricas (Steiner & Tam, 1997). Segundo esses autores, em muitos casos a psicose puerperal prejudica muito o funcionamento normal da mulher, além de aumentar o risco de suicídio ou infanticídio. No entanto, o risco de infanticídio parece ser uma combinação entre a psicose puerperal e uma falta de apoio social adequada (Attia & cols, 1997), e possivelmente também de forte negação da gravidez (Jacobsen, 1997).

Distinta da melancolia materna e da psicose puerperal, a depressão materna ocorre em torno de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1996; O'Hara & cols, 1990). Hendrick e Altshuler (1997) sugerem que a depressão pode iniciar ainda antes, em torno de duas a seis semanas após o parto.

Quanto à duração, a depressão pode estender-se por um período de seis meses a um ano (Parry, 1997). Em geral, a duração dos episódios de depressão leva alguns meses e não difere em relação ao tempo de duração de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O'Hara, 1997). Caracteristicamente, a depressão materna compreende alterações no apetite e sono, dificuldade de dormir, especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). Também podem ocorrer idéias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa. Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e prejudicam as atividades normais da mulher (O'Hara, 1997).

De modo geral, a literatura indica que a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a ser leve (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). Entretanto, mesmo que esses sintomas sejam leves, eles trazem muito prejuízo para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher sinta-se feliz com a chegada



do bebê (Maldonado, 2000). De acordo com Steiner e Tam (1997), o fato de a depressão ser geralmente leve ou moderada, faz com que freqüentemente ela não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que uma internação seja necessária. Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

O maior perigo da depressão materna, de acordo com O'Hara (1997), parece ser a possibilidade de a mulher apresentar novos episódios depressivos ao longo do desenvolvimento de sua criança. Segundo esse autor, a literatura tem sido consistente em afirmar que mulheres que tiveram depressão estão em risco para desenvolver futuras depressões por pelo menos cinco anos. Também examinando a recorrência de episódios depressivos, o estudo de Cooper e Murray (1995), investigou o desenvolvimento da depressão materna em dois grupos de primíparas, um no qual era o primeiro episódio de depressão e outro em que a depressão nos meses seguintes ao parto era mais um episódio recorrente de depressão, comparados com um grupo controle de mulheres saudáveis. Os resultados sugeriram que a depressão nos meses após o parto pode ser considerada um transtorno específico, posição também corroborada por O'Hara (1997), com características próprias quanto à vulnerabilidade e desenvolvimento, uma vez que as mulheres que estavam tendo o primeiro episódio depressivo no puerpério tiveram duração menor dos sintomas, mas estavam mais propensas a novos episódios de depressão após o nascimento de outros filhos. Possivelmente esses achados sugerem que existem alguns fatores biológicos e psicológicos relativos ao parto que acabam predispondo essas mulheres à depressão nesse período. Já as mulheres em que a depressão nos meses seguintes ao parto era mais um episódio depressivo estavam mais vulneráveis a novos episódios depressivos, mas não relacionados com o pós-parto. Steiner e Tam (1997) também consideraram que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebê seria um diagnóstico específico, pois é peculiar ao período após o nascimento do bebê e sempre envolve pelo menos a díade mãe-bebê e, na maioria das vezes, a família inteira. Cooper e Murray relataram que independentemente dos fatores causais serem biológicos ou intrapsíquicos, a depressão materna ao longo do primeiro ou segundo ano de vida do bebê continua sendo um diagnóstico específico, diferenciado de depressões que não têm seu início no puerpério.

É possível que existam causas biológicas para a depressão materna, mas a literatura ainda é bastante inconsistente quanto aos fatores biológicos envolvidos na etiologia desse transtorno, talvez evidenciando a contribuição dos fatores psicológicos (Hendrick & Altshuler, 1997; O'Hara, 1997). Contudo, existiriam alguns fatores de risco que podem predispor a mulher à depressão nesse período, como eventos adversos na vida, tais como desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança e grandes dificuldades financeiras (O'Hara, 1997; O'Hara & cols, 1984).

Segundo O'Hara (1997), ainda não há um consenso sobre quanto as variáveis demográficas, como: idade da mãe, renda e nível sócio-econômico, podem estar relacionadas com a depressão materna. É bastante provável que haja alguma relação entre as diferentes variáveis demográficas e o desenvolvimento de depressão materna, mas são necessários mais estudos para investigar esse problema. Seguin, Potvin, St-Denis e Loiselle (1999) indicaram que existem alguns fatores de risco para depressão materna tardia (diagnosticada aos seis meses após o parto) em mulheres de nível socioeconômico baixo, como estressores crônicos, tais como problemas de saúde da mãe, dificuldade com o bebê, falta de dinheiro para satisfação de necessidades básicas, conflitos freqüentes com a rede de apoio, além de falta de apoio social, tanto em nível de informação quanto emocional. Wile e Arechiga (1997) descreveram que muitos estudos antropológicos dos anos 60 e 70 sugeriram que pelo menos no caso da depressão materna haveria uma ligação com fatores culturais relacionados aos países industrializados, talvez porque estes ofereçam menos apoio social para as mães.

A relação conjugal talvez seja o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério, por isso o conflito conjugal pode também predispor a mãe à depressão (Cooper & Murray, 1995; Cummings & Davies, 1994; Fendrich & cols, 1990; O'Hara, 1997; Romito & cols, 1999; Stein & cols, 1991). A falta de apoio social é outro fator que tem sido relatado na literatura como fator de risco para a depressão materna (Cutrona, 1984; O'Hara & cols, 1984; O'Hara, 1997). Bowlby (1989) sugere que o apoio de uma outra mulher, e mesmo do marido ou companheiro, no período peri e pós-natal, pode dar grande apoio emocional ou fornecer uma base segura para a recém-mãe, tão necessária em momentos de estresse.

No entanto, o fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão materna é a história pessoal e familiar de transtornos do humor (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O'Hara, 1997, O'Hara, Rehm & Campbell, 1983). Sentimentos negativos da futura mãe em relação ao casamento e à gravidez no período pré-natal foram fortemente correlacionados (0,83) com depressão materna aos quatro meses de idade do bebê (Field & cols, 1985). Já Murray, Stanley, Hooper, King & Fiori-Cowley (1996a) relataram que o humor da mãe pode ser influenciado pelo desenvolvimento comportamental do bebê, pois a irritabilidade neonatal e o pobre funcionamento motor do bebê foram significativamente preditivos da depressão materna.

Outra possível explicação para a depressão materna refere-se ao conceito de auto-eficácia. Mulheres com pequena confiança em sua capacidade materna tenderiam a comportar-se de maneiras que levam a um padrão relativamente baixo de reforço de seus filhos (Cutrona & Troutman, 1986). De acordo com esses autores, esse padrão de comportamento materno pode afetar o comportamento da criança e o desenvolvimento de sua própria auto-eficácia. Além disso, teorias comportamentalistas indicam que essa deficiência de reforço pode levar à depressão materna, pois a

má percepção da mãe quanto ao seu papel materno pode fazer com que ela venha a culpar-se por respostas negativas da criança. O papel da auto-eficácia em contexto de depressão materna também foi discutido por Teti e Gelfand (1991, 1997). No estudo longitudinal conduzido por Teti e Gelfand (1991) com 86 díades mãe-bebê, das quais 48 eram de mães deprimidas, estas relataram que se sentiam menos eficazes no seu papel materno, do que as mães não deprimidas. Dentre as várias origens possíveis para o sentimento de baixa auto-eficácia parental em uma mãe deprimida está a propensão de um afeto triste promover processos de pensamento negativos, pessimistas e repetitivos. O humor depressivo também poderia ser ativado por memórias de experiências de fracasso e talvez por uma história problemática no cuidado com o seu bebê. Segundo Teti e Gelfand (1997), as conseqüências da auto-eficácia parental no cuidado com a criança são bastante óbvias: mães que se sentem competentes e auto-eficazes ao lidar com seu bebê persistem em estabelecer relações harmoniosas com sua prole, utilizando para esse fim seus recursos internos e externos. Já mães que se percebem como pouco eficazes e que se deixam levar por sua indecisão, possivelmente acabam por sentirem-se ineficazes no papel materno, estabelecendo uma relação marcada por impaciência, rigidez e abandono. Nessa mesma direção, para Cramer (1997), quando a mãe tenta compensar seus desapontamentos e raiva com uma solicitude exagerada, com intensos sentimentos de culpa, ansiedade e baixa auto-estima é que se tornaria propensa a desenvolver depressão. Alguns autores estudaram a relação da depressão materna com o temperamento infantil (Cutrona & Troutman, 1986; Teti & Gelfand, 1991, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). De acordo com Whiffen e Gotlib (1989), como os bebês de mães deprimidas tenderiam a ser mais irritadiços, devido à insensibilidade materna de responder adequadamente a suas necessidades, essas mães acabariam por conviver mais com as demonstrações de afeto negativo de suas crianças do que mães não deprimidas. A interação das características dos bebês e das mães deprimidas poderia contribuir para que elas percebam seus filhos e filhas como mais exigentes. Contudo, segundo esses mesmos autores, as mães deprimidas deste estudo não relataram que seus bebês tinham temperamento mais difícil do que a média das crianças. Talvez elas se culpem por considerar que o cuidado com seu bebê é chato e difícil. Mas esta culpabilização pode ser desnecessária, uma vez que seus bebês realmente podem expressar mais emoções negativas. O mesmo não foi corroborado por Teti e Gelfand (1991). No estudo conduzido por esses autores, foi sugerido que o temperamento da criança poderia ter influência na percepção de auto-eficácia materna. As mães que relataram auto-eficácia mais baixa eram as que possuíam escores mais altos numa escala que media a depressão e percebiam seu bebê como tendo um temperamento difícil. É importante ressaltar o aspecto bidirecional da auto-eficácia, pois tanto a auto-eficácia materna pode influenciar o comportamento da mãe com seu filho, como pode ser influenciada por suas experiências com seu bebê ou por características da criança, conforme sugeriu este estudo.

Reforçando a relação entre o humor do bebê e a depressão materna, o estudo de Murray e cols, (1996a) revelou que a irritabilidade do bebê e o pobre desenvolvimento motor foram preditivos da depressão materna em mães que já eram vulneráveis à depressão. Essas duas características infantis não são contingentes e sensíveis às respostas da mãe, limitando as oportunidades de uma interação mãe-bebê mais satisfatória e engajada psicologicamente. No entanto, aos dois meses da criança, a interação mãe-bebê não foi relacionada com o funcionamento neonatal do bebê, talvez porque entre dez e quinze dias após o nascimento houve uma diminuição dessas características do bebê. Ou ainda porque a sensibilidade materna ao bebê pareça ser afetada quando além da depressão há outros fatores de risco presentes, como a adversidade social (Murray & cols. 1996a; Murray, Hooper, King & Fiori-Cowley, 1996b).

Em suma, de acordo com O'Hara (1997), nenhum fator de risco foi encontrado de forma totalmente consistente na literatura supracitada sobre depressão materna. Alguns fatores parecem ser mais importantes, como o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto, e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. Segundo o autor, é plausível se pensar que as inconsistências na literatura possam estar relacionadas ao fato de que a depressão materna é multideterminada. Nesse sentido, um único fator não deveria causar a patologia, mas sim a combinação de diversos fatores adversos aumentando a vulnerabilidade da nova mãe a desenvolver depressão.

### **Depressão materna e a interação mãe-bebê e pai-bebê**

Quando a interação mãe-bebê é normal, a mãe cuidadosamente ajusta seu comportamento ao do bebê a fim de lhe estimular adequadamente (Field, 1995). Segundo essa autora, em condições ótimas, os comportamentos atentos e afetivos maternos e do bebê tornariam-se sincrônicos. Mas quando a mãe não está emocionalmente disponível a responder às demandas do bebê, os comportamentos da díade tornar-se-iam assincrônicos. Isso ocorreria porque o bebê seria privado, temporária ou permanentemente, da mãe enquanto importante regulador externo da estimulação, o que lhe acarretaria falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação (*arousal modulation*) e na organização de comportamentos atentos e afetivos (Field & cols. 1990).

A literatura tem sido consistente em caracterizar que mães deprimidas tendem a ser menos responsivas a seu bebê do que as não deprimidas (Brazelton & Cramer, 1992; Campbell, Cohn, & Meyers, 1995; Field, 1992; Field & cols, 1988; Field & cols, 1990; Hoffman & Drotar, 1991; Murray & cols. 1996b; Schwengber, 2002; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1991). A depressão tenderia a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, condições inerentes à contingência das respostas, por isso ela pode não conseguir ser adequadamente responsiva à sua criança. Além

disso, de acordo com Cohn, Campbell, Mattias e Hopkins (1990), a falta de sensibilidade materna nos primeiros meses de vida parece provocar uma mudança desenvolvimental no bebê, pois esta falta de sensibilidade tem sido empiricamente relacionada a um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê. Tal mudança pode ter implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna. No estudo realizado por Teti e cols. (1995) a depressão materna foi significativamente associada à qualidade do apego de bebês e pré-escolares, apoiando a ligação entre depressão materna e estabelecimento de apegos inseguros nas crianças. O apego seguro é estabelecido sob condições de parentagem sensível e responsiva (Bowlby, 1989), enquanto apegos inseguros são estabelecidos quando a parentagem está comprometida, como no caso da depressão materna (Teti & cols, 1995). Outro fator que parece influenciar a sensibilidade materna é o relacionamento conjugal, que foi direta e positivamente relacionado com a sensibilidade materna ao bebê (Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer & Beckmann, 2000). Além disso, de acordo com esses autores, a depressão materna só afetaria-lhe a sensibilidade materna quando acompanhada de outro fator de risco, como a irritabilidade da criança, pois algumas mães poderiam conseguir ser sensíveis a seus bebês, apesar de sua patologia. Talvez essas mães consigam estabelecer um processo compensatório, ou evitando a expressão de afetos negativos com suas crianças ou percebendo seus bebês como pouco negativos em afeto, na tentativa de formar um vínculo com sua criança.

De acordo com Teti e Gelfand (1991), a forma como as mães deprimidas lidam com seus bebês parece ser indecisa, insensível e confusa, porque pode lhes faltar as habilidades de resolução de problemas necessárias ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com sua criança. Segundo os autores, o afeto depressivo parece também afetar os processos cognitivos da mãe, através da diminuição do seu campo de atenção. Isso prejudicaria as suas habilidades para resolver problemas, predispondo essa mãe a déficits no seu papel materno. Como as mães deprimidas também tendem a ficar mais reclusas e ensimesmadas, pode ocorrer uma inatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas de sua criança (Teti & Gelfand, 1997; Teti & cols, 1995).

A partir das comparações feitas por Radke-Yarrow e Zahn-Waxler (1990) entre mães deprimidas e não deprimidas, foi sugerido que mães deprimidas são mais hostis, menos afetuosas ou menos consistentes afetivamente, menos comunicativas, menos habilidosas no manejo com o bebê, menos propensas a punir e usar disciplina, sendo ainda mais críticas quanto à criança, menos responsivas, mais negativas na interação com seus bebês e com estilos de atribuição de causalidade mais negativos. Segundo Field (1992), mães deprimidas tocam menos seus bebês e quando o fazem, o toque é mais negativo, pois elas parecem cutucar e beliscar seus bebês. Estas mães tipicamente demonstram afeto abatido (*flat affect*), estimulam menos seus bebês e tendem a ser menos

responsivas do que mães não deprimidas (Field & cols, 1985; Field & cols, 1990). No estudo conduzido por Cohn e cols (1990), mães deprimidas também mostraram grande quantidade de afeto negativo, irritabilidade ou intrusão em uma situação de interação face-a-face com seus bebês de dois meses. Houve maior incidência tanto no número de mães que expressaram estes afetos como na incidência de afetos negativos expressos. Conforme Field e cols. (1985), mães deprimidas apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com crianças. Além disso, as mães deprimidas também tenderam a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada a seus filhos do que mães não deprimidas.

Existem muitos autores que defendem que a depressão materna deve ser entendida em termos da interação mãe-bebê. Por exemplo, Cramer (1997) considera que a depressão materna é uma desordem da relação, pois haveria uma relação não proveitosa tanto para a mãe como para o bebê e os resultados terapêuticos, quando a díade passa por uma intervenção, afetam tanto o humor da mãe como as aquisições do bebê. Segundo Stern (1997), apesar de as influências patogênicas para o bebê poderem estar ligadas a fatores sociais, econômicos e culturais, elas só têm impacto para ele quando passam pela interação com sua mãe. Thoman (1975) descreve que após a consolidação dos padrões comunicativos da díade mãe-bebê, ou seja, a partir do momento em que a mãe consegue entender os códigos de seu bebê e que este aumenta sua reatividade e descobre o mundo através do olhar e do riso, ele já tem condições de também gratificar sua mãe, numa relação de troca. Para Prado (1996), o sorriso do bebê é uma forma de retribuição dos cuidados recebidos aos pais e às mães, o que pode ajudar na consolidação do apego. Quando as mães não retribuem o sorriso do seu bebê, como no caso das mães deprimidas, o bebê pode passar a usar cada vez menos essa forma de comunicação, a menos que existam outros familiares ou pessoas que possam estimular esse bebê. Assim, quando as interações não são recompensadoras, o bebê pode não se desenvolver em aspectos essenciais, podendo tornar-se retraído, apático e até morrer (Brazelton & Cramer, 1992). Ou, de acordo com Winnicott (1978), “sem uma provisão ambiental suficientemente boa, este *self* que pode se dar ao luxo de morrer, nunca se desenvolve” (p. 497).

A depressão materna pode ser considerada um macroevento e, como tal, provavelmente não teria significado para o bebê (Stern, 1997). No entanto, o bebê experiencia a depressão materna em microeventos, que constituem um nível descritivo dos eventos. Segundo Stern, os microeventos são as manifestações mais palpáveis e possuidoras de um sentido para o bebê. Por exemplo, quando o bebê sorri, a resposta da mãe a esse sorriso é considerada um microevento. Quando a mãe está deprimida ela rompe o contato visual com o bebê e não tenta retomá-lo, torna-se menos responsiva e sua animação e tonicidade desaparecem. A depressão materna, então, acomete a criança em forma

de microeventos e à medida que o bebê vai familiarizando-se com tais eventos, desliga-se gradualmente de sua mãe, experienciando uma “microdepressão”. Essa microdepressão do bebê caracteriza-se pelo desaparecimento de sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial. Este conceito de microdepressão do bebê proposto por Stern é análogo ao estilo deprimido de interação caracterizado por Field (1992, 1995, 1997, 2002; Field & cols, 1988). Mas, segundo Stern, há um desejo de estar-com-a-mãe que pode levar o bebê a tentar estar com ela por meio da identificação e imitação, se ele não obtiver êxito em fazer com que sua mãe volte à vida de outras formas. Ou seja, a microdepressão do bebê não é apenas resultado da falta de sensibilidade materna, mas também do processo imitativo e identificatório que o bebê utilizou na tentativa de estabelecer contato com sua mãe (Stern, 1997). Tais resultados corroboram a teoria da aprendizagem social que preconiza que uma forma de aprendizagem é por imitação, logo a convivência com uma mãe deprimida pode levar o bebê a também apresentar um comportamento deprimido (Hall, Lindzey & Campbell, 2000). Por exemplo, se imaginarmos uma mãe que vocaliza pouco quando está em contato com seu bebê, é possível que esse bebê também não vocalize muito em suas interações não só com a mãe, mas também com outras pessoas. E o mesmo também pode ocorrer com outros comportamentos interativos, além da vocalização.

De acordo com Brazelton e Cramer (1992), a depressão pode fazer com que a mãe não responda adequadamente ao seu bebê, frustrando a expectativa da criança. Mas como as mães não são deprimidas o tempo inteiro, então, nos momentos em que elas são capazes de interagir normalmente com seus bebês, criam neles uma expectativa. Contudo, no momento em que elas se retraem novamente em função de sua patologia, o bebê fica novamente numa situação de depressão e desesperança. Para os autores, a repetição freqüente desse padrão pode ser uma explicação para a evitação do olhar do bebê e sua incapacidade ou falta de vontade em ter outros episódios de interação com outra pessoa. Logo, o grande perigo da depressão materna é que ao não receber um *feedback* de seus comportamentos, o bebê possa desenvolver também um comportamento deprimido, conforme Field e cols, 1988. Esses autores investigaram essa generalização do comportamento deprimido com 74 díades mãe-bebê, das quais 40 mães estavam deprimidas. Os bebês tinham entre três e seis meses de idade. Os resultados mostraram que não apenas os bebês agiam de forma deprimida com suas mães e com uma adulta estranha não deprimida, como desencadearam nesta adulta um comportamento deprimido de interação, caracterizado por menor expressão de afeto positivo, menor demonstração de interesse e alegria, menor atividade e maior expressão de raiva e tristeza. Para Field (1992), essa aparência deprimida do bebê, mesmo em tão tenra idade, pode acabar eliciando e reforçando o comportamento deprimido materno, e até mesmo de outras pessoas como exposto acima.

Essas evidências apóiam a idéia de que as interações são de natureza recíproca e bidirecional. De acordo com Brazelton e Cramer (1992), a interação mãe-bebê pressupõe uma influência mútua, na qual cada membro afeta e é afetado pelo outro. É a partir da expectativa em relação ao outro que as respostas são reguladas. Por isso, é bastante compreensível que o bebê também apresente um estilo deprimido de interação ao interagir com sua mãe deprimida, pois um acaba por regular o comportamento do outro. Field e cols. (1990) encontraram um número significativamente maior de interações sincrônicas positivas em díades mãe-bebê de mães não deprimidas. Nas díades nas quais a mãe apresentava depressão, também ocorreram comportamentos sincrônicos, mas estes eram de natureza negativa. Mais ainda, parece que os bebês tenderam a espelhar o comportamento predominante da mãe, independente dele ser positivo ou negativo.

No entanto, a faixa etária do bebê pode ser um fator que influencia o impacto da depressão materna para ele. A literatura encontrada sobre depressão materna e bebês de dois meses é um pouco contraditória, com parte dos estudos evidenciando diferenças significativas na interação entre díades com mães com e sem depressão. O estudo realizado por Hoffman e Drotar (1991) comparou a interação entre mães deprimidas e não deprimidas, e revelou que os bebês de dois meses de idade de mães deprimidas, à semelhança de suas mães, apresentaram menor grau de afeto positivo e de expressão emocional, como se espelhassem o estilo interativo da mãe. Resultados semelhantes foram encontrados por Pickens e Field (1993). Nesse estudo, os autores estudaram a expressão facial de 84 bebês em uma situação de interação face-a-face com suas mães. Bebês de mães deprimidas passaram significativamente mais tempo evidenciando expressões de tristeza e raiva e menos tempo demonstrando interesse do que bebês de mães não deprimidas. É possível que esses bebês estivessem mais tristes e chateados ao interagir com suas mães. A menor frequência de expressões de interesse entre os bebês de mães deprimidas pode também ser devida ao fato de que os bebês responderam a suas mães deprimidas com menos interesse, talvez porque suas mães possuíam um repertório mais limitado de expressões faciais. Nesta mesma direção, Cohn e cols. (1990) indicaram que os comportamentos afetivos da mãe e do bebê, caracterizados por menor expressão de afetos positivos durante uma situação estruturada de interação face-a-face, foram generalizados para outros contextos em suas residências, mas apenas quando as mães não trabalhavam fora. No entanto, não houve impacto da depressão sobre a sensibilidade materna, pois as mães diferiram apenas quanto à qualidade do afeto dirigido a suas crianças, sendo que mães deprimidas expressaram mais afetos negativos durante a interação do que mães não deprimidas.

Na pesquisa realizada por Murray e cols, (1996a) com também de dois meses constatou-se que as mães deprimidas eram menos sensivelmente ligadas (*attuned*) a seus bebês. Essas mães também tiveram mais comportamentos negativos (rejeitador ou discordante em relação ao bebê) e menos comportamentos positivos (empático, sorriso) na interação face-a-face com eles. Mas seus



bebês não diferiram em relação ao grupo controle, talvez porque suas mães ainda conseguiam empatizar-se com eles e serem responsivas aos seus sinais, ainda que em porcentagem menor do que encontrada no grupo controle. Os autores sugeriram que não apenas a depressão materna, mas também a adversidade social influenciam a sensibilidade materna ao bebê.

Já o estudo conduzido por Whiffen e Gotlib (1989) não encontrou diferenças nos comportamentos de bebês de dois meses, filhos de mães deprimidas e não deprimidas, quanto a sua sensibilidade e sua atividade física avaliados através da Escala Bailey de desenvolvimento infantil. Esses resultados não endossam a idéia da generalização do comportamento deprimido do bebê que seria causado pela depressão de suas mães. Em um estudo longitudinal conduzido por Campbell e cols. (1995) também não foram encontradas diferenças em situações de interação face-a-face, alimentação e brincadeira nas díades mãe-bebê, cujas mães apresentavam ou não depressão e que tinham bebês com dois meses de idade. As diferenças entre as díades começaram a aparecer somente quando o bebê completou seis meses, sugerindo que tal diferença devia-se à cronicidade da depressão materna. Enfim, parece haver um certo consenso na literatura quanto ao impacto da depressão materna para bebês com mais de dois meses de idade. No estudo de Campbell e cols (1995) as mães que continuaram deprimidas quando o bebê tinha seis meses, eram menos positivas com suas crianças nas situações avaliadas do que as mães não deprimidas. Já seus bebês expressaram menos afeto positivo nas situações de interação face-a-face do que os bebês de mães não deprimidas.

Corroborando esses achados, em um estudo conduzido por Schwengber (2002), foi examinada a interação mãe-bebê durante uma sessão de interação livre, quando os bebês completaram um ano de idade. Participaram do estudo 26 díades mãe-bebê, cujas mães apresentavam ou não indicadores de depressão materna. Os resultados mostraram que as mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da interação, como introduzir brinquedos, manter atenção no brinquedo, expressar prazer e alegria e demonstrar ternura e afeição; do que mães sem indicadores de depressão. Também houve uma tendência marginalmente significativa por parte das mães com indicadores de depressão em apresentar mais comportamentos não facilitadores da interação, isto é, redirecionar a atenção para outro brinquedo, evidenciar intrusividade ao brincar, mostrar apatia e contrariedade na interação com seus bebês. Por sua vez, os bebês das mães com indicadores de depressão apresentaram mais afeto negativo, como: rejeitar brinquedo, chorar, vocalizar negativamente e afastar-se ou resistir ao contato; do que os bebês de mães sem indicadores de depressão.

Os bebês são muito vulneráveis ao impacto da depressão materna porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da sensibilidade da mãe (Campbell & cols, 1995). A cronicidade do episódio depressivo parece influir muito sobre o impacto da depressão materna no bebê (Campbell

& cols, 1995; Field, 1992, 1995; Goodman & Gotlib, 1999). Em um estudo conduzido por Field (1992), bebês de mães que estavam deprimidas nos primeiros meses de vida deles, mas que aos seis meses de idade do bebê já não apresentavam mais depressão, apresentaram desenvolvimento normal com um ano de idade. Já os bebês de mães que permaneciam deprimidas ao longo do primeiro ano de vida da criança, desenvolveram um padrão de interação deprimido, além de apresentarem desenvolvimento motor e mental inferiores à média e estarem abaixo da curva normal de crescimento, especialmente com relação ao peso.

Em outro estudo realizado por Field e cols. (1990), foram encontrados resultados semelhantes quanto à cronicidade do episódio depressivo e o impacto para o bebê, isto é, bebês de três meses de mães deprimidas apresentavam padrão de interação deprimido, mas se sua mãe já tivesse se recuperado da depressão aos seis meses, nessa idade ele não mais apresentava esse padrão. Campbell e cols. (1995) encontraram resultados análogos ao estudar bebês de mães deprimidas aos dois, quatro e seis meses de idade. Aos seis meses, bebês de mães que continuavam deprimidas eram menos positivos em situações de interação face-a-face, enquanto que aos dois meses não houve diferenças entre os grupos. As mães que continuavam deprimidas também eram menos afetivas com seus bebês e se engajaram menos com eles do que mães que não estavam mais deprimidas aos seis meses do bebê. Para Brazelton e Cramer (1992), a retração e a inibição de uma mãe deprimida são dois grandes obstáculos para a construção de uma relação mãe-bebê saudável. Crianças de genitores deprimidos estão expostas a comunicações emocionais ambíguas, negativas e incoerentes na sua expressão verbal e fisionômica. É possível que essas inconsistências possam predispor os bebês de mães com depressão a estabelecer apegos inseguros.

Em uma revisão da literatura feita por Goodman & Gotlib (1999) sobre o impacto da depressão materna para a criança foram relatados alguns fatores de risco para as crianças de mães deprimidas, tais como hereditariedade da depressão, disfunções neuroregulatórias, exposição a cognições inadequadas, comportamentos e afetos maternos negativos e um contexto de vida estressante para a criança. O envolvimento e saúde paternos, a ocorrência e duração do episódio depressivo materno e as características da criança como temperamento, sexo, funcionamento cognitivo e habilidades sócio-cognitivas da criança podem ter um efeito moderador sobre o impacto da depressão materna na criança. Ou seja, a depressão materna pode exercer uma influência diferente para a criança, dependendo da intensidade do fator. Por exemplo, quanto mais velha a criança for quando ocorrer o primeiro episódio depressivo materno, menor o risco para essa criança, pois é possível que ela já possua os sistemas comportamentais maturados e estratégias mais eficientes para lidar com a doença de sua mãe.

No entanto, resultados contraditórios foram encontrados em um estudo conduzido por Murray (1992). Nesse estudo, foram feitas duas etapas de coleta de dados de 117 díades mãe-bebê,

aos dois e dezoito meses. Não foi encontrado nenhum efeito para o bebê se a mãe estivesse deprimida aos dezoito meses do bebê, ao contrário de quando as mães estavam deprimidas aos dois meses de idade do bebê. Esses dados sugerem a existência de um período sensível no desenvolvimento da criança, quando o funcionamento materno tem um impacto no bebê que pode resultar em alguns problemas mais tarde. É possível também que as dificuldades da mãe em comunicar-se eficientemente com seu filho ou filha, por causa da depressão nos primeiros meses de vida de seu bebê, possam ter estabelecido um padrão de interação prejudicado e que persistiu, apesar da remissão da depressão materna. Embora outros estudos tenham mostrado que a depressão materna não afetou bebês de dois meses de idade (Campbell & cols, 1995; Whiffen & Gotlib, 1989), esses resultados indicam uma importante consequência terapêutica da existência desse período crítico, a saber, que não basta a intervenção terapêutica se basear na sintomatologia materna, mas sim na interação mãe-bebê.

Um modelo chamado de sintonia psicobiológica foi desenvolvido por Field (1992, 1995) para explicar a interação envolvendo mães deprimidas. De acordo com este modelo, os bebês necessitariam de uma regulação externa para desenvolverem adequadamente sua auto-regulação. Provavelmente bebês de mães com depressão crônica precisam muito dessa hetero-regulação, pois parecem estar biologicamente desregulados desde o nascimento, já que apresentam desde o início níveis elevados de hormônios relacionados com estresse (norepinefrina e cortisol). Talvez isso possa explicar seu sono desregulado, comportamento desorganizado na Escala de Brazelton e a grande ativação do lobo frontal direito nos eletroencefalogramas logo após o nascimento. No entanto, como a mãe deprimida falha ao responder adequada e sensivelmente ao seu bebê, este fica mais vulnerável a uma desorganização comportamental. Os bebês podem ficar mais insensíveis e rejeitadores dos estímulos provindos da mãe como uma estratégia para defenderem-se do comportamento materno (Field, 1992). No entanto, de acordo com Field (2002), mães deprimidas podem desenvolver dois estilos diferentes na interação com sua criança, um primeiro intrusivo, ou seja, elas estimulam excessivamente seus bebês, enquanto que o segundo seria apático, ou seja, com pouca estimulação. De qualquer forma, os dois estilos fornecem estimulações inadequadas para a criança. A criança tanto pode desenvolver um estilo deprimido de interação, com baixo padrão de atividade e apatia, como pode apresentar um comportamento hiperativo, ou seja, com irritação e grandes níveis de atividade, ambos na tentativa de se defender da estimulação inadequada de sua mãe. Campbell e cols (1995) também relataram que pode haver diferenças individuais na maneira como a depressão afeta as recém-mães. Dentre as mães que permaneciam deprimidas ao longo das três fases envolvidas neste estudo, aos dois, quatro e seis meses de vida do bebê, algumas ainda conseguiam relacionar-se com o bebê de forma prazerosa, enquanto que outras pareciam ter muitas dificuldades em estabelecer trocas positivas com seus bebês. Em função desses achados, Field

(2000) reconsiderou o modelo de sintonia psicobiológica e propôs que talvez mães deprimidas, mas que possuam um estilo de interação intrusivo, possam facilitar o desenvolvimento, pois elas estimulam verbalmente o bebê, o que acaba contribuindo para o seu desenvolvimento cognitivo. O mesmo não ocorreria com as mães deprimidas que possuem um estilo de interação apático, que caracterizava grande parte dos demais participantes dos estudos de Field (1992, 1995, 1997), de Field e cols (1985) e Field e cols (1988).

Outros autores também sugerem que a depressão materna pode afetar o desenvolvimento da regulação emocional da criança, mas haveria duas maneiras diferentes para isso ocorrer (Ashman & Dawson, 2002). No primeiro caso, a mãe pode fornecer um modelo positivo de expressão emocional para a criança, mas não ajudar no desenvolvimento da regulação emocional que se daria através de cuidados sensíveis e contingentes. A segunda forma seria que o padrão de comportamento deprimido da mãe poderia afetar a regulação emocional através da ausência de modulação dos sistemas psicobiológicos que mediam a expressão e regulação da emoção. Em suma, pode faltar a bebês de mães deprimidas apoio parental para que eles possam desenvolver estratégias para lidar com suas emoções. Ashman e Dawson hipotetizaram que crianças de mães deprimidas estão em risco de apresentar alguns problemas, inclusive depressão, em parte devido aos efeitos da falha na parentagem precoce em desenvolver os sistemas psicobiológicos da criança relacionados à expressão e regulação emocional, pois nos primeiros anos de vida os pais e as mães são os principais parceiros da criança, participando da maior parte de suas experiências. Os pais e as mães seriam, então, os principais socializadores da criança, através de processos como a modelação, treinamento e contingência. Segundo Tronick (1989), a maneira pela qual os genitores reagem às comunicações de seus filhos pode facilitar ou prejudicar o desenvolvimento da regulação emocional.

A depressão materna também parece causar uma influência negativa no desenvolvimento cognitivo do bebê. No estudo de Murray (1992), as crianças de mães deprimidas eram mais propensas a falhar no teste de permanência de objetos de Piaget aos nove e dezoito meses do que filhos de mães que não tiveram depressão. Além disso, a depressão materna pareceu ter exacerbado os efeitos das variáveis comumente associadas com baixo desenvolvimento mental, como baixo nível sócio-econômico; e com desenvolvimento da linguagem, como baixo nível sócio-econômico e bebê de sexo masculino. As crianças de mães deprimidas tiveram pior desempenho apenas quando provinham de lares de nível sócio-econômico baixo.

A intrusão em contexto de depressão materna foi investigada por Hart, Field, del Valle e Pelaez-Nogueras (1998), em um estudo realizado com 64 díades mãe-bebê, das quais 25 eram de mães deprimidas. Embora as mães dos dois grupos tenham redirecionado mais a atenção na interação com seus filhos e mantido mais a atenção na interação com suas filhas, algumas

particularidades apareceram no grupo de mães deprimidas. Mães deprimidas foram significativamente mais intrusivas com os meninos do que com as meninas, embora suas filhas tenham apresentado menos afeto positivo e mais afeto negativo durante a interação. A intrusão materna aos seis meses do bebê foi posteriormente associada ao baixo desempenho acadêmico em meninos na primeira série do ensino fundamental (Egeland, Pianta & O'Brien, 1993). O estudo de Whiffen e Gotlib (1989) também encontrou que bebês de mães deprimidas, avaliados aos dois meses pela Escala Bailey de desenvolvimento infantil, tiveram desempenho inferior ao de bebês de mães não deprimidas. Eles expressaram mais emoções negativas e se desorganizaram mais rapidamente durante a aplicação da escala. Parece que esses bebês responderam mais rapidamente ao estresse do que bebês de mães não deprimidas. Uma possível explicação dada pelos autores é de que talvez suas mães tendam a falhar no planejamento dos seus horários de uma maneira que acaba por estressar a criança. A intolerância do bebê a esse estresse estaria associada ao fato de que sua mãe convive mais com expressões negativas de sua criança. Em suma, a literatura sugere de forma consistente que a depressão materna parece estar associada ao baixo desempenho cognitivo em crianças em diferentes idades (Egeland & cols, 1993; Hart & cols, 1998; Murray, 1992; Whiffen & Gotlib, 1989).

Já na idade pré-escolar, crianças de mães que tiveram depressão podem apresentar mais comportamentos de internalização, tais como ansiedade, retração social e depressão (Fendrich, Warner & Weissman, 1990; Field, 1995); e externalização, como agressividade e desordens de conduta do que filhos de mães não deprimidas (Field, 1995). Harnish e cols. (1995) também encontraram evidências que apóiam a relação entre depressão materna e comportamentos de externalização. A fim de evitar que a criança esteja sempre exposta a padrões inadequados de estimulação, Field (1997, 2002) sugere que seria importante que essas crianças pudessem contar com outras pessoas para lhes cuidar, talvez o pai, como será enfatizado a seguir, ou então atendentes de creche.

Como foi visto acima, a depressão materna tende a afetar seriamente a relação mãe-bebê, especialmente em algumas situações, quando falta apoio à mãe. Nos casos em que o pai está presente, seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992).

Em famílias com um funcionamento típico, o papel do pai é funcionar como uma matriz de apoio para a mãe, protegendo-a fisicamente, provendo suas necessidades vitais e afastando-a das exigências da realidade externa para que ela possa cuidar do bebê, além de possuir uma função psicológica e educativa (Stern, 1997). Essas tarefas ficam ainda mais acentuadas atualmente, quando muitas vezes a mulher não pode contar com a família extensa para ajudá-la neste período,

uma vez que antigamente esse papel era desempenhado pelas mulheres da família. Em geral, após o nascimento do bebê, as mulheres mais velhas da família serviam de modelo e ajudavam a mãe a lidar com seu bebê. Mas com o crescimento das famílias nucleares, é necessário que o marido também ajude a nova mãe em seu papel. Nesse sentido, parece que o “marido moderno tenta assumir o vazio criado pelas mudanças em nossa sociedade ocidental, mas não sabe em que medida é capaz de fazer isto” (Stern, 1997, pp.167).

No entanto, muitos autores referem que os pais são normalmente tão competentes quanto as mães na interação com seus filhos e filhas pequenos, por isso, é possível que uma interação positiva pai-bebê possa compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa (Belsky & cols, 1984; Chabrol & cols, 1996, Hops & cols, 1987; Parke, 1996). Quando os pais sentem-se inseguros e bloqueados para lidar com o bebê, as mães funcionam como mediadoras da relação pai-bebê, pois incentivam o pai a prosseguir na interação com o filho/filha (Brazelton & Cramer, 1992; Krob, 1999). Porém, quando há pouco estímulo e muita desaprovação por parte da mãe, pode ocorrer uma retirada dos pais e uma interação pai-bebê mais “tradicional”, ou seja, sem que este participe ativamente do cuidado do bebê (Krob, 1999). Assim sendo, seria importante investigar como se estabelece a relação pai-bebê em famílias nas quais a mãe sofre de depressão.

Os poucos estudos que consideraram o papel do pai frente à depressão materna consideraram que este pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil nessas situações (Hossain & cols, 1994; Hops & cols, 1987). Ele pode prover um modelo positivo, tanto aumentando os cuidados com seus filhos, quanto apoiando a mãe deprimida, o que acaba contribuindo para uma melhor parentagem. No estudo de Hossain (1994) foram examinadas a interação mãe-bebê e pai-bebê em situação de depressão materna. Foram investigadas 26 famílias com bebês entre três e seis meses, das quais doze mães estavam deprimidas. Cada díade interagiu por três minutos durante uma interação face-a-face. Os resultados sugeriram que o pai pode amenizar os efeitos negativos da depressão materna para o bebê, pois os pais das famílias cujas mães estavam deprimidas apresentaram mais expressões faciais positivas e vocalizações do que as mães deprimidas e também os bebês mostraram mais expressões faciais positivas e vocalizações ao interagirem com seus pais. Tais resultados divergem de outros estudos (ex. Field & cols, 1988), pois não ocorreu generalização do padrão deprimido de interação do bebê com sua mãe deprimida para a situação com seu pai, que lhe era familiar e sensível a suas necessidades, além não estar deprimido. Possivelmente essa diferença deva-se ao fato de que no estudo de Field e colegas foi analisada a interação do bebê com uma pessoa estranha, o que pode vir a ser mais estressante para o bebê do que interagir com seu pai, como ocorreu no estudo de Hossain e colegas, ou com uma pessoa que não lhe seja estranha, como a atendente da creche usada no estudo de Pelaez-Nogueras e cols

(1995). Neste último também não houve generalização do padrão deprimido de interação dos bebês de mães deprimidas durante a interação com a atendente de creche.

Menos investigado ainda que o papel do pai em contexto de depressão materna é o impacto da depressão materna nas interações familiares. De acordo com Minuchin (1985), tanto a psicologia do desenvolvimento, como a terapia de família consideram a família como o foco principal para entender o comportamento humano. De acordo com Minuchin (1982), no processo inicial de socialização, as famílias modelam e programam o comportamento e o sentido de identidade da criança. Nesse sentido, a família age como matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros. Para Minuchin e Fishman (1990), a família é um grupo natural que tem desenvolvido diversos padrões de interação ao longo do tempo. Esses padrões configuram a estrutura familiar, a qual governa o funcionamento de seus membros, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação. A estrutura familiar é necessária para que esta desempenhe suas tarefas essenciais e dê apoio para a individuação de seus membros, bem como deve prover um sentimento de pertinência entre eles. De acordo com Minuchin (1982), o sistema familiar diferencia e realiza suas funções através de subsistemas. Os indivíduos são subsistemas dentro da família, assim como as díades. Cada um pertence a diferentes subsistemas, nos quais têm diferentes níveis de poder e aprende habilidades diferenciadas.

Conforme Minuchin (1982), o pressuposto de entender a família como um sistema significa que a estrutura da família é de um sistema sócio-cultural aberto em transformação que passa por momentos ao longo do desenvolvimento que requerem reestruturação e que ela deve adaptar-se às circunstâncias modificadas, de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro. A estrutura da família deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam. Como a família precisa responder às mudanças internas e externas, ela deve ser capaz de transformar-se de forma que possa atender às novas circunstâncias sem perder a continuidade que proporciona um esquema de referência para seus membros. Segundo esse mesmo autor, a família é sujeita tanto às mudanças internas, que provêm de mudanças evolutivas nos seus próprios subsistemas, como à pressão exterior, proveniente das exigências para se adaptar às instituições sociais significativas que têm impacto sobre os membros familiares. Para responder a essas exigências, a posição dos membros da família necessita de uma transformação constante, de maneira que possa crescer enquanto o sistema familiar mantém continuidade.

De acordo com Minuchin (1982), um dos axiomas da terapia de família é que o indivíduo que vive numa família é membro de um sistema social, ao qual deve adaptar-se. Suas ações são governadas pelas características do sistema no qual está inserido e incluem os efeitos de suas ações passadas. O indivíduo responde ao estresse em outras partes do sistema, podendo afetar os outros membros desse sistema. O indivíduo pode ser encarado enquanto um subsistema, ou como parte

dele, mas o todo deve ser levado em conta. As mudanças numa estrutura familiar contribuem para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos membros desse sistema. Ainda segundo esse autor, uma das principais funções da família é apoiar seus membros. Quando um membro sofre estresse, os outros sentem necessidade de se acomodar às circunstâncias modificadas nela. Tal acomodação pode ficar contida dentro de um subsistema ou pode afetar toda a família. Se um membro da família torna-se seriamente doente, algumas de suas funções e poderes devem ser distribuídos entre os outros membros. Quando este se recupera, nova adaptação é necessária a fim de que ele possa ser incluído em sua antiga posição ou ajudá-lo a assumir uma nova posição dentro do contexto. De acordo com esse mesmo autor, o comportamento de um membro afeta imediatamente os outros, e o estresse em um membro repercute fortemente através das fronteiras e ressoa rapidamente nos outros subsistemas. Dessa forma, um ponto de transição para qualquer membro da família constitui-se num desafio para todo o sistema (Minuchin, 1985). *E quando* ocorrem disfunções em um subsistema, a repercussão se dá em toda a família (Minuchin & Fishman, 1990). Por exemplo, em situações patogênicas, uma criança pode ser o bode expiatório ou aliar-se a um dos cônjuges contra o outro, como nas alianças familiares. Se o indivíduo é parte de um sistema familiar organizado, ele nunca é verdadeiramente independente e só pode ser entendido no contexto familiar (Minuchin, 1985). O indivíduo é considerado interdependente, contribuindo como parte de um sistema que controla o seu próprio comportamento. O foco não é nos processos internos e intrapsíquicos, mas no sistema, no relacional. Nesse sentido, Andolfi (1996) afirma que a unidade de observação deixa de ser somente a pessoa, mas o conjunto de relações no qual está envolvido.

De acordo com Andolfi, o modelo mais usado para se estudar as relações interpessoais é o diádico. Com a passagem para uma visão complexa das relações interpessoais, esse modelo não é mais suficiente, pois não dá conta do vasto sistema dentro do qual uma relação entre duas pessoas desenvolve-se. Corroborando esse ponto de vista, Minuchin e Fishman (1990) afirmam que a família é mais do que um agregado de subsistemas diferenciados, mas um organismo em si mesma. Para Andolfi (1996), o modelo diádico separa em pequenas partes todo o sistema, perdendo o sentido total da relação, a complexidade interacional do sistema e entendendo-o como mera soma das díades. Essa soma não explica a estrutura da relação existente no sistema, dos significados compartilhados que regulam as relações e de como esses significados influenciam-se entre si. A necessidade de se considerar os diversos elementos em jogo traduz-se na procura de uma unidade de observação capaz de abarcar tal complexidade. Segundo esse mesmo autor, a utilidade da estrutura triangular consiste na possibilidade que esta oferece de ligar entre si, de maneira diferente, fatos e informações que são apresentados de uma certa forma por uma família. A interação triádica introduz uma complexidade maior do que a mera soma das partes, e é fundamental pesquisá-la



porque as pessoas vivem em diversos subsistemas de tamanhos diferentes (Minuchin, 1985). Talvez isso só não seja mais comumente feito devido a uma mistura de dificuldades metodológicas e a uma tendência de proteger os paradigmas científicos vigentes (Kuhn, citado por Minuchin, 1985).

Na verdade, muitos estudos sobre a família investigaram os padrões de interação dentro e através dos subsistemas familiares, como por exemplo, estudos sobre casais e sobre interação pai ou mãe-bebê (Cox & Paley, 1997). No entanto, poucos pesquisaram unidades maiores, como a família nuclear, talvez porque conceituar e avaliar as características de todo o sistema seja difícil. Conforme a revisão de literatura realizada por essas autoras, houve uma grande aceitação de que estudando a díade mãe-bebê estava-se estudando a família. No entanto, boa parte da parentagem ocorre quando o pai e a mãe estão presentes. De acordo com Minuchin (1985), a terapia de família recomenda o estudo de unidades naturais compostas por pessoas em diferentes estágios da vida, cujas vidas estão interligadas. A unidade mais importante desse tipo é a família. Minuchin fez uma crítica à psicologia do desenvolvimento, ao descrever que através dos inúmeros estudos sobre as díades mãe-bebê, os psicólogos do desenvolvimento criaram a família monoparental antes mesmo de ela ser característica da sociedade americana. A realidade mostra que a maioria das crianças possui um pai e uma mãe e que suas experiências de controle não são aditivas, mas sistêmicas. Assim, embora a investigação da tríade introduza uma complexidade de difícil manejo pelas metodologias existentes, ela deveria ser entendida como uma unidade crucial no estudo das interações entre os pais e filhos. Além disso, existem alguns conceitos que só podem ser verificados na tríade, por exemplo, o de alianças familiares (Minuchin, 1985). Endossando essas idéias, Parke e Tinsley (1987), assinalaram que modelos que limitam a avaliação dos efeitos dos padrões de interação às díades mãe-bebê e pai-bebê e os efeitos de um indivíduo sobre o outro são inadequados para entender o impacto dos padrões de interação social nas famílias. Para isso, todo o grupo familiar deve ser considerado. Além disso, os pais influenciam seus filhos não só diretamente, mas também indiretamente. Por exemplo, um pai pode influenciar o comportamento da mãe com a criança ao elogiar sua habilidade ao cuidá-la. Ou o pai pode influenciar a sensibilidade materna ao bebê se dividir com a mãe as responsabilidades quanto ao cuidado da criança (Feldman, 2000).

Pais e mães parecem comportarem-se diferentemente quando sozinhos com o bebê e quando na presença do bebê e do outro cônjuge. Alguns estudos mostraram que os comportamentos interativos do pai ou mãe com o bebê tendem a diminuir em contextos triádicos, tanto no laboratório (Lamb, 1979) como em casa (Clarke-Stewart, 1978). Essa diferença na quantidade de estimulação na interação triádica pode ser devido ao fato de que há dois agentes socializadores que provêm menos estimulação cada um do que se estivessem sozinhos com o bebê. Além disso, quando o pai e a mãe estão juntos eles têm a oportunidade de interagir um com o outro, o que acaba

diminuindo a interação com o bebê. No entanto, conforme Clarke-Stewart (1978), há algumas exceções, pois alguns comportamentos tendem a aumentar em contexto triádico, como uma maior expressão de afeto positivo para o bebê.

Apesar da importância do estudo da família como unidade de análise poucos estudos investigaram as relações familiares em situação de depressão materna. No estudo feito por Hops e cols (1987), os pais das famílias em que a mãe estava deprimida eram mais envolvidos com seus filhos e filhas do que as mães. Mas apenas quando havia um bom relacionamento conjugal, indicando que quando um dos pais está deprimido, o outro tenderia a compensar as falhas do membro com dificuldades. Os filhos e filhas de mães deprimidas mostraram mais afeto irritadiço apenas quando a depressão materna estava associada com conflito conjugal. Além disso, as mães deprimidas evidenciaram maiores taxas de afeto disfórico, isto é, tristeza e desânimo, e menores índices de afeto alegre nas interações com o marido e com os filhos, sugerindo que mulheres deprimidas comportam-se diferentemente de mulheres saudáveis em seus lares. No entanto, este estudo investigou os comportamentos de cada membro em relação aos outros, separadamente, e não a relação triádica global.

Em suma, os estudos revisados indicam que a interação pai-mãe-criança não pode ser entendida apenas através dos estudos das díades. Corroborando essa asserção Minuchin (1985), descreveu que a observação da tríade pode ser muito informativa, pois pode revelar padrões de interação que não são discerníveis ao nível diádico. Além disso, é bastante plausível que a depressão materna tenha um impacto em toda a família, e nos diversos contextos interativos: pai-mãe-bebê, mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai, conforme é a proposta do presente estudo que será exposta a seguir.

## **Justificativa e objetivos do estudo**

A literatura revisada aponta que a depressão materna, além de afetar a sensibilidade da mãe, pode também afetar o bebê e o próprio pai, tendo em vista que quando acontecem disfunções em um subsistema, a repercussão pode se dar em toda a família (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi investigar eventuais diferenças nas interações triádicas de famílias com e sem depressão materna, bem como na interação das díades mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai nesses dois grupos.

A hipótese inicial era de que nas famílias com depressão materna a interação triádica fosse menos positiva, com menor expressão de afeto positivo, sensibilidade, estimulação cognitiva e maior expressão de afeto negativo, desengajamento e intrusividade do que nas interações triádicas de famílias sem depressão materna (Hart & cols, 1998; Phares, Duhig & Watkins, 2002). Além disso, era esperado que nas díades mãe-bebê de mães com depressão houvesse menor expressão de afeto positivo e de sensibilidade, pois boa parte da literatura sugere que essas mães tendem a ser, de modo geral, menos sensíveis do que mães sem depressão durante os episódios interativos com seus bebês (Brazelton & Cramer, 1992; Campbell, & cols, 1995; Field, 1992; Field & cols. 1988; 1990; Hart & cols, 1998; Hoffman & Drotar, 1991; Murray & cols, 1995; Schwengber, 2002; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1991).

Segundo Brazelton e Cramer (1992), desde os primeiros meses de vida, os bebês reconhecem o adulto com quem estão interagindo e reagem de modo diferenciado à interação do pai e da mãe. Além disso, é possível que os pais de bebês cuja mãe apresenta depressão sejam mais envolvidos com sua criança do que pais cujas esposas estejam saudáveis, pois quando um dos pais está deprimido, o outro poderia tentar compensar o baixo desempenho do cônjuge doente (Hops & cols, 1987; Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). Alguns autores apontaram que pais podem ser tão competentes no cuidado com suas crianças quanto as mães (Brazelton & Cramer, 1992; Belsky, & cols, 1984; Chabrol & cols. 1996), logo, eles poderiam ser capazes de lidar eficientemente com seus bebês quando a mãe apresenta depressão. Em consequência, era esperado que as díades pai-bebê de famílias com depressão materna fossem mais engajadas, apresentassem mais afeto positivo e menos afeto negativo do que as díades pai-bebê de famílias sem depressão materna. Finalmente, nas famílias com depressão materna, era esperado que ocorresse mais afeto positivo nas interações pai-bebê do que nas díades mãe-bebê (Hossain & cols, 1994).

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### Participantes

Participaram deste estudo dezenove famílias, 9 das quais com mães deprimidas e 10 com mães sem depressão, de acordo com os escores da mãe no Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck & Steer, 1993). Os bebês eram saudáveis, nascidos a termo e tinham, aproximadamente, um ano de idade. Todas as mães eram primíparas e residiam com seus maridos ou companheiros. Nenhuma delas relatou complicações durante a gestação. A idade média das mães foi de 24 anos (DP= 4,75) e dos pais 27 anos (DP=8,22).

As famílias selecionadas para o presente estudo faziam parte do “*Estudo Longitudinal de Porto Alegre: Da gestação à Escola*” (Piccinini, Tudge, Lopes & Sperb, 1998), que vem acompanhando, aproximadamente, 100 famílias de diferentes idades, configurações familiares e níveis socioeconômicos, desde a gestação do primeiro filho até o quarto ano de vida da criança. Os participantes do projeto longitudinal foram selecionados em dois hospitais da rede pública da cidade de Porto Alegre, em postos de saúde do município, e através de indicação e divulgação em órgãos locais de comunicação. Os participantes foram selecionados após preencherem a *Ficha de Contato Inicial* (GIDEP, 1998a), que continha alguns dados demográficos do casal. Os casais que aceitaram participar do estudo e preencheram os critérios exigidos (ex: estar esperando o primeiro filho, estar no terceiro trimestre da gestação, não apresentar complicações físicas durante a gestação) foram contatados posteriormente por telefone. O projeto longitudinal envolve diversas fases de coletas de dados, realizadas na gestação, 3º, 8º, 12º, 18º, 24º e 36º mês de vida da criança, conforme detalhado pelos autores. Cada pesquisador da equipe, inclusive a autora, ficou responsável por acompanhar dez famílias em dois momentos da vida do bebê, em que houve coleta de dados. Para fins do presente estudo, foram considerados, em especial, os dados coletados no 12º mês de vida do bebê.

Dentre as famílias participantes do presente estudo, doze foram selecionadas em hospitais, uma em posto de saúde, cinco por indicação e duas através de divulgação em jornal. Para fins do presente estudo, foram inicialmente selecionadas todas as 47 famílias cuja mãe havia respondido o Inventário Beck de Depressão, quando o bebê estava com um ano de idade.<sup>1</sup> Das mães que foram

---

<sup>1</sup>Embora estivesse prevista a avaliação da depressão paterna, acabou-se por desistir de aplicar o BDI nos pais tendo em vista as recusas iniciais que ocorreram.

avaliadas pelo BDI, 30 não apresentavam indicadores de depressão (63,8%;  $BDI \leq 11$ ), 11 apresentavam indicadores de depressão leve (23,4%;  $BDI \geq 12$ ) e 6 apresentavam indicadores de depressão moderada (12,8%;  $BDI \geq 20$ ). Foi oferecido atendimento psicoterápico por psicólogas integrantes do projeto longitudinal para as mães que apresentaram depressão.

Dentre as mães que responderam ao BDI, 19 foram excluídas do estudo porque eram solteiras ou se divorciaram antes do primeiro ano do bebê (8), a filmagem foi realizada em casa (6), o bebê chorou durante a filmagem e esta foi interrompida (1) ou por problemas técnicos na filmagem (4). Dos 29 casos que restaram, nove eram de mães com indicadores de depressão, os quais foram emparelhados com dez dos 19 casos de mães sem indicadores de depressão. Os grupos foram emparelhados quanto ao nível socioeconômico da família (Hollingshead, 1975) e ao sexo do bebê.

As Tabelas 1 e 2 apresentam os dados demográficos das famílias participantes do estudo. Nas famílias com depressão materna a idade das mães variou entre 17 e 26 anos ( $M=21$ ;  $DP=3,08$ ). Quanto à escolaridade dessas mulheres, três completaram o segundo grau, duas possuíam segundo grau incompleto, duas primeiro grau incompleto, uma primeiro grau completo e uma terceiro grau incompleto. Seus companheiros tinham, em média, 25 anos ( $DP=8,71$ ), sendo que três haviam completado o segundo grau, três possuíam primeiro grau incompleto, um primeiro grau completo, um segundo grau incompleto e um terceiro grau completo. Com base em Hollingshead (1975), a maior parte das famílias desse grupo foi classificada como de nível socioeconômico baixo (5) e as demais médio-baixo (1), médio (1), médio alto(1) e alto(1).

Já nas famílias sem depressão materna, as mães apresentavam idade entre 18 e 35 anos ( $M=26,20$ ;  $DP=4,73$ ). Quanto à escolaridade, quatro delas tinham segundo grau completo, duas possuíam primeiro grau incompleto, duas terceiro grau incompleto e duas terceiro grau completo. A idade de seus companheiros variou entre 18 e 43 anos ( $M=28,70$ ;  $DP=8,29$ ), sendo que três tinham primeiro grau incompleto, três terceiro grau incompleto, dois primeiro grau completo, um segundo grau completo e um terceiro grau completo. Com base em Hollingshead (1975), a maior parte das famílias desse grupo foi classificada como de nível socioeconômico baixo (4) e as demais, médio-baixo (1), médio (2), médio alto (1) e alto (2).

O teste *Qui-quadrado* não revelou diferenças significativas quanto aos dados sócio-demográficos nas famílias com e sem depressão materna.

Tabela 1.  
Dados Sócio-demográficos das Famílias com Depressão Materna

No. Caso	Depressão mãe	BDI mãe	Idade mãe	Nível escolar mãe	Ocupação mãe	Idade pai	Nível escolar pai	Ocupação pai	Sexo bebê	NSE*
1	Moderada	31	18	2° G	Dona de casa	19	1° G inc	marcenaria	M	1
2	Moderada	25	20	2° G	auxiliar administrativa	20	2° G	auxiliar administrativo	M	4
3	Moderada	20	19	1° G	babá	17	1° G inc	não trabalha	M	1
4	Moderada	20	23	1° G inc	empregada doméstica	38	1° G inc	Caseiro	F	1
5	Leve	16	26	3° G inc	estudante/ dona casa	40	3° G	técnico judiciário	F	5
6	Leve	16	17	2° G inc	estagiária	17	2° G inc	não trabalha	F	1
7	Leve	15	23	1° G inc	dona casa/ doceira	29	1° G	auxiliar de matizador	M	1
8	Leve	15	19	2° G	Dona de casa	22	2° G	segurança	M	2
9	Leve	12	24	2° G inc	digitadora/ garçonzete	25	2° G	pintor/ faz reformas	F	3

\*Nota. Classificação de Hollingshead: 1(baixo); 2 (médio-baixo); 3 (médio); 4 (médio-alto) e 5 (alto)

Tabela 2.  
Dados Sócio-demográficos das Famílias sem Depressão Materna

Nr. caso	Depressão mãe	BDI mãe	Idade mãe	Nível escolar mãe	Ocupação mãe	Idade pai	Nível escolar pai	Ocupação pai	Sexo bebê	NSE
10	Ausente	11	22	2° G	vendedora	22	1° G	motorista	F	3
11	Ausente	11	27	3° G inc	vendedora de carro	26	3° G inc	corretor de seguros	M	4
12	Ausente	10	35	3° G	administradora	43	3° G	empresário	F	5
13	Ausente	9	27	2° G	serviços gerais	21	1° G	auxiliar de padaria	M	1
14	Ausente	8	18	1° G inc	Dona de casa	18	1° G inc	pedreiro	M	1
15	Ausente	6	26	1° G inc	Dona de casa	30	1° G inc	zelador de igreja	M	1
16	Ausente	6	25	3° G inc	Dona de casa	32	3° G inc	servidor público	M	3
17	Ausente	6	31	3° G	pedagoga especial	30	3° G inc	empresário	M	5
18	Ausente	5	28	2° G	chefe de setor de fábrica	41	1° G inc	modelista	F	1
19	Ausente	4	23	2° G	repcionista	24	2° G	operador gráfico	M	2

## **Delineamento e Procedimentos**

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996), envolvendo dois grupos: um de famílias com depressão materna e outro de famílias sem depressão materna. Em cada grupo foram examinadas as interações triádicas (pai-mãe-bebê) e diádicas (mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai).

Quando o bebê completou um ano de idade, as famílias que já vinham sendo acompanhadas como participantes do projeto longitudinal foram convidadas a comparecer à Sala de Brinquedos do Instituto de Psicologia da UFRGS para a filmagem da *Observação da Interação Familiar* (GIDEP, 1999a). Após, a mãe preencheu o *Inventário Beck de Depressão*. Nesta ocasião também foram utilizados outros instrumentos de avaliação que não serão considerados no presente estudo<sup>2</sup>. O *Consentimento Informado* (Anexo A) já havia sido assinado na primeira fase de coleta de dados do projeto longitudinal e abrangia também esta fase de coleta de dados. O projeto longitudinal foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Protocolo nº 98293 em 30 de outubro de 1998).

## **Instrumentos e Materiais**

1) **Ficha de Contato Inicial** (GIDEP, 1998a) essa ficha foi preenchida pelas mães com o auxílio dos pesquisadores que participaram da primeira fase de coleta de dados do estudo realizada na gestação, com o objetivo de selecionar os possíveis participantes do estudo. Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como idade da mãe e do companheiro, escolaridade, profissão, estado civil, e existência de outros filhos. Foi também anotado o telefone e/ou endereço para o contato posterior. Cópia no Anexo A.

2) **Inventário Beck de Depressão** (Beck & Steer, 1993): essa escala foi utilizada para avaliar a depressão materna. O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, 2001; Cunha, Prieb, Goulart & Lemes,

---

<sup>2</sup> Também foi aplicada a Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade (GIDEP, 2000b) e a Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da paternidade (GIDEP, 2000c).

1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ( $p < 0,001$ ). Tendo em vista que muitas das participantes do presente estudo possuíam nível educacional baixo, optou-se por aplicar separadamente cada item do inventário, os quais foram apresentados em cartões individuais. Um exame inicial da aplicação mostrou que esse procedimento facilitava muito a compreensão das participantes.

3) **Observação da Interação Familiar (GIDEP, 2000a)**: A sessão de observação foi composta de quatro episódios: pai-mãe-bebê, mãe-bebê, pai-bebê e novamente pai-mãe-bebê. A ordem dos episódios mãe-bebê e pai-bebê foi balanceada entre as famílias. A sessão foi realizada na Sala de Brinquedos do Instituto de Psicologia da UFRGS que possui duas câmeras de vídeo ocultas. O pesquisador responsável pelo caso acompanhou a sessão numa ante-sala que possui uma janela com espelho unidirecional. Cada episódio interativo durou, aproximadamente, oito minutos. Os pais foram orientados a agir da maneira mais natural possível, como faziam quotidianamente com a criança. Na sala havia três cadeiras, dois travesseiros, um tapete e alguns brinquedos dispostos no chão, como: boneca, bichinhos de pelúcia, casinha de encaixar pecinhas, bola e João-bobo. Cópia das instruções utilizadas no anexo C.

A avaliação da interação familiar foi realizada de acordo com a *Avaliação da Interação Triádica e Diádica* (NUDIF, 2003), baseado em Cox (1998). Para fins deste estudo, foram avaliados apenas os seis minutos finais de cada um dos dois episódios de interação triádica pai-mãe-bebê. Este período de tempo foi dividido em 12 intervalos de um minuto cada, durante os quais se buscou avaliar diversas categorias de interação triádica. O protocolo utilizado foi composto de sete categorias, caracterizadas a seguir: 1) *Sensibilidade*: refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades, ao humor, aos interesses e às capacidades da criança; 2) *Afeto positivo*: refere-se à extensão na qual os membros da família parecem apreciar estar juntos. Eles são carinhosos entre si e parecem relaxados e à vontade 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; 4) *Desengajamento*: reflete a extensão na qual os membros da família parecem não engajados, emocionalmente não envolvidos, não responsivos e não conscientes das necessidades uns dos outros; 5) *Intrusividade*: refere-se às interações intrusivas e supercontroladas, centradas no adulto e não na criança; 6) *Estimulação cognitiva*: refere-se às tentativas de estimular o desenvolvimento cognitivo e mental da criança; 7) *Alianças familiares*: refere-se às interações entre dois membros da família no sentido de excluir um terceiro membro. Cópia do protocolo e das definições das categorias encontram-se nos Anexos D e E, respectivamente.

Dois codificadores, cegos para o diagnóstico de depressão materna, procederam à análise dos vídeos, após, aproximadamente, 25 horas de treinamento com outras fitas de vídeo não utilizadas para este estudo. Após esse treinamento inicial, seis casos foram selecionados para o cálculo do



índice de concordância, realizado pelo Teste Kendall (SPSS, 1997). Esse índice de concordância foi calculado para cada categoria e contexto interativo e variou de 0,79 (categoria estimulação cognitiva mãe-bebê) a 1,00 (categoria desengajamento mãe-bebê). A média do índice de concordância foi 0,88. Em algumas categorias, devido à falta de variabilidade nos escores, não foi possível fazer o cálculo pelo Teste de Kendall, então foi necessário realizar uma análise de concordância simples, que variou entre 0,67 (categoria intrusividade triádica) e 1,00 (categoria aliança familiar triádica, aliança familiar mãe-bebê, aliança familiar pai-bebê, aliança familiar mãe-pai) (M=0,89; DP= 0,13). Depois de estabelecidos todos os índices de concordância, os dois codificadores examinaram todos os demais vídeos, sendo que eventuais diferenças foram dirimidas, com o auxílio de um terceiro codificador, no caso, a pesquisadora.

Conforme sugestão de Cox (1998), a análise das interações triádicas busca investigar a qualidade da interação entre *todos os membros da família*, mesmo se tais intenções são particularmente dirigidas a um membro da família. Seguindo a autora, a atribuição dos escores deve levar em conta não só a quantidade, mas também a qualidade dos comportamentos em cada categoria. Para fins de codificação, foram seguidos dois passos sugeridos pela autora. Inicialmente, o codificador era orientado a se perguntar: “Esta categoria é característica (escores 4 ou 5) ou não característica (escores de 1 ou 2) da tríade observada”? Caso não atendesse a nenhum dos dois critérios receberia um escore “3”. Depois de respondida essa primeira questão, o codificador deveria fazer uma discriminação entre os escores 1 e 2 ou 4 e 5. Em alguns casos, foi utilizado um escore 0, pois não era possível analisar a interação naquele momento, especialmente devido a dificuldades técnicas com a filmagem. Após a avaliação da interação triádica, o vídeo era novamente examinado, a fim de se especificar como apareciam as mesmas categorias entre as díades mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai, buscando, com isso, responder a algumas das hipóteses do presente estudo, que envolviam particularmente as díades. Além disso, alguns autores (Kerig, 2001; Mc Hale, 1995) têm assinalado que analisar a família inteira como unidade em qualquer dimensão é complicado, devido às variações intrafamiliares. Por isso, o estudo conduzido por McHale utilizou duas estratégias para avaliar os padrões das interações familiares triádicas (pai-mãe-bebê): uma escala global da interação triádica e outra escala que considerava também os escores diádicos (ex. pai-mãe). Esta última foi utilizada porque fornecia informações essenciais sobre as possíveis diferenças no tipo de contato dos pais com a criança. Seguindo esses autores, e dadas as especificidades do presente estudo, optou-se também por fazer uma primeira avaliação global da tríade e, num segundo momento, procedeu-se à avaliação diádica (mãe-bebê, pai-bebê) no contexto triádico, bem como à avaliação da interação diádica mãe-pai, nas categorias do protocolo que permitiam esta avaliação (ex. afeto positivo, afeto negativo e alianças familiares). Além disso, como a interação se deu em contexto triádico, foi necessário considerar a díade para examinar a quem se

dirigiam os comportamentos, o que não poderia ser discriminado se fossem apenas registrados os comportamentos de cada membro da família em separado.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

Um dos objetivos do presente estudo era o de examinar as eventuais diferenças nas interações triádicas e diádicas entre as famílias com e sem depressão materna. Com base na literatura, a hipótese inicial era de que nas famílias com depressão materna a interação triádica seria menos positiva, com menor expressão de afeto positivo, sensibilidade, estimulação cognitiva e maior expressão de afeto negativo, desengajamento e intrusividade do que nas famílias sem depressão materna. Além disso, era esperado que as mães com depressão apresentassem menor quantidade de afeto positivo, sendo de modo geral menos sensíveis do que as mães sem depressão durante os episódios interativos com seus bebês. Também esperava-se que os pais das famílias com depressão materna fossem mais engajados com suas crianças do que pais de famílias sem depressão, pois quando um cônjuge está com dificuldades ou doente, o outro poderia compensar seu baixo desempenho durante as interações.

Para examinar essas hipóteses, o teste não-paramétrico *Mann-Whitney*, com opção exata, foi realizado para cada categoria examinada nos contextos interativos triádico e diádico. A Tabela 3 apresenta a média, o desvio padrão e o nível de significância para cada categoria e contexto interativo para as famílias com e sem depressão materna. A análise não revelou nenhuma diferença significativa entre os escores das famílias com e sem depressão materna, tanto para as interações triádicas como diádicas. Apenas algumas tendências não significativas aparecerem em algumas categorias. Na categoria afeto positivo, no contexto interativo mãe-pai, houve uma incidência maior de respostas ( $p < 0,13$ ) nas famílias com depressão materna ( $M=11,33$ ) do que em famílias sem depressão materna ( $M=6,90$ ). Tendência semelhante apareceu na categoria afeto negativo ( $p < 0,12$ ), também no contexto interativo mãe-pai, que apresentou maior incidência nas famílias com depressão materna ( $M=4,89$ ) do que em famílias sem depressão materna ( $M=2,50$ ). Por fim, na categoria desengajamento, no contexto interativo mãe-bebê, as díades mãe-bebê das famílias com depressão materna ( $M=16,33$ ) tenderam a apresentar mais desengajamento ( $p < 0,10$ ) do que as díades das famílias sem depressão materna ( $M=13,10$ ). De qualquer maneira, essas diferenças não são significativas e as análises não apoiam a hipótese inicial de que haveria diferenças nos diferentes contextos interativos triádico e diádico entre as famílias com e sem depressão materna<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Uma análise inicial dos dados através do teste Kruskal Wallis buscou examinar as eventuais diferenças nas categorias entre as famílias com depressão materna leve, depressão materna moderada e sem depressão, e também não revelou diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 3.  
Incidência Média, Desvio Padrão e Nível de Significância por Categoria e Contexto Interativo nas Famílias com e sem Depressão Materna

Categoria	Contexto interativo	Com depressão (n=9)	Sem depressão (n=10)	p<
Sensibilidade	Triádica	48,22 ( 8,74)	49,30 ( 6,53)	0,47
	Mãe-bebê	50,11 (11,38)	52,70 ( 6,18)	0,62
	Pai-bebê	43,33 (12,83)	44,40 (10,55)	0,96
Afeto positivo	Triádico	45,56 (10,47)	46,30 ( 8,31)	0,72
	Mãe-bebê	47,33 (14,03)	49,60 ( 7,05)	0,98
	Pai-bebê	39,33 (16,12)	39,00 (13,46)	0,99
	Mãe-pai	11,33 ( 8,48)	6,90 ( 7,11)	0,13
Afeto negativo	Triádico	12,56 ( 1,33)	12,00 ( 0,00)	0,47
	Mãe-bebê	12,00 ( 0,00)	12,00 ( 0,00)	1,00
	Pai-bebê	12,00 ( 0,00)	11,90 ( 0,32)	1,00
	Mãe-pai	4,89 ( 4,05)	2,50 ( 2,68)	0,12
Desengajamento	Triádico	18,22 ( 4,20)	16,20 ( 4,69)	0,31
	Mãe-bebê	16,33 ( 7,47)	13,10 ( 3,48)	0,10
	Pai-bebê	20,11 ( 8,67)	19,00 ( 8,90)	0,80
Intrusividade	Triádico	12,78 ( 1,09)	13,30 ( 1,34)	0,64
	Mãe-bebê	12,78 ( 1,30)	12,80 ( 1,62)	0,59
	Pai-bebê	12,33 ( 0,70)	13,00 ( 1,25)	0,13
Estimulação Cognitiva	Triádico	15,22 ( 2,22)	16,80 ( 5,39)	0,69
	Mãe-bebê	15,78 ( 2,54)	17,30 ( 6,99)	0,89
	Pai-bebê	13,00 ( 1,32)	14,20 ( 3,73)	1,00
Aliança familiar	Triádico	13,89 ( 1,69)	14,00 ( 2,36)	1,00
	Mãe-bebê	12,56 ( 2,55)	13,40 ( 2,80)	0,45
	Pai-bebê	11,22 ( 2,17)	10,40 ( 2,50)	0,42
	Mãe-pai	10,33 ( 1,50)	10,20 ( 2,35)	0,90

O segundo objetivo do estudo era investigar eventuais diferenças entre as díades mãe-bebê e pai-bebê em famílias com e sem depressão materna. A hipótese inicial era de que em famílias com depressão materna, o pai tenderia a compensar os efeitos negativos da interação mãe-bebê, sendo mais engajados e sensíveis, expressando mais afeto positivo e menos afeto negativo do que suas esposas (Hossain & cols, 1994). A Tabela 4 apresenta a incidência média, o desvio padrão e o nível de significância para cada categoria para os contextos interativos mãe-bebê e pai-bebê nas famílias com e sem depressão materna.

Tabela 4.  
Incidência Média, Desvio Padrão e Nível de Significância das Categorias e Contextos Interativos Mãe-bebê e Pai-bebê

	Com depressão (n=9)			Sem depressão (n=10)		
	Mãe-bebê	Pai-bebê	p<	Mãe-bebê	Pai-bebê	p<
Sensibilidade	50,11 (11,38)	43,33 (12,83)	0,19	52,70 (6,18)	44,40 (10,55)	0,06
Afeto positivo	47,33 (14,03)	39,33 (16,12)	0,26	49,60 (7,05)	39,00 (13,46)	0,03
Afeto negativo	12,00 ( 0,00)	12,00 ( 0,00)	1,00	12,00 (0,00)	11,90 ( 0,32)	1,00
Desengajamento	16,33 ( 7,47)	20,11 ( 8,67)	0,38	13,10 (3,48)	19,00 ( 8,90)	0,09
Intrusividade	12,78 ( 1,30)	12,33 ( 0,70)	0,51	12,80 (1,62)	13,00 ( 1,25)	0,80
Estimulação cognitiva	15,78 ( 2,54)	13,00 ( 1,32)	0,03	17,30 (6,99)	14,20 ( 3,73)	0,01
Aliança familiar	12,56 ( 2,55)	11,22 ( 2,17)	0,48	13,40 (2,80)	10,40 ( 2,50)	0,19

O teste não paramétrico *Wilcoxon*, com opção exata, revelou poucas diferenças significativas nas diversas análises realizadas. Dentre elas, destaca-se a categoria afeto positivo ( $p < 0,03$ ) que apareceu com mais intensidade no contexto interativo mãe-bebê do que pai-bebê nas famílias sem depressão materna. Já a categoria estimulação cognitiva foi mais intensa no contexto interativo mãe-bebê do que pai-bebê, tanto nas famílias com depressão materna ( $p < 0,03$ ) como nas famílias sem depressão materna ( $p < 0,01$ ). Por fim, na categoria sensibilidade foi revelado um efeito marginalmente significativo ( $p < 0,06$ ), indicando maior intensidade dessa categoria no contexto interativo mãe-bebê do que pai-bebê nas famílias sem depressão materna. Outro efeito marginalmente significativo ( $p < 0,09$ ) apareceu na categoria desengajamento, indicando uma maior incidência no contexto interativo pai-bebê do que mãe-bebê nas famílias sem depressão materna. Apesar dessas diferenças, no conjunto, os dados não corroboram as hipóteses iniciais do presente estudo que indicavam diferenças significativas, particularmente nas famílias com depressão materna.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

O presente estudo teve como um primeiro objetivo investigar as eventuais diferenças nas interações triádicas e diádicas em famílias com e sem depressão materna durante uma situação de interação livre. Era esperado que durante a interação triádica de famílias com depressão materna houvesse maior expressão de afeto negativo, menor expressão de afeto positivo e menor sensibilidade e estimulação cognitiva e maior desengajamento e intrusividade do que nas famílias sem depressão materna (Hart & cols, 1998; Phares, Duhig & Watkins, 2002). Quanto às díades mãe-bebê nas famílias com depressão materna, era esperado que houvesse menor expressão de afeto positivo, sendo que essas mães seriam, de modo geral, menos sensíveis do que mães sem depressão durante os episódios interativos com seus bebês (Brazelton & Cramer, 1992; Campbell & cols, 1995; Field, 1992; Field & cols. 1988; 1990; Hoffman & Drotar, 1991; Murray & cols, 1995; Schwengber, 2002; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1991). Nas díades pai-bebê, em famílias com depressão materna, era esperado que houvesse maior engajamento, estimulação cognitiva e afeto positivo do que nas díades pai-bebê, nas famílias sem depressão materna, pois parece haver uma tendência de que quando um cônjuge está doente, o outro tenderia a compensar seu baixo desempenho nas interações (Hops & cols, 1987; Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990).

Os resultados do presente estudo não corroboraram essas hipóteses iniciais, derivadas de vários estudos examinados. Contudo, os resultados aproximam-se do estudo conduzido por Chabrol e cols (1996) que investigou a interação face-a-face mãe-bebê e pai-bebê em contexto diádico e as díades mãe-bebê e pai-bebê em contexto triádico em vinte famílias com e sem depressão materna quando os bebês tinham cinco meses de idade. À semelhança dos dados do presente estudo, os autores também não encontraram diferenças significativas entre os grupos e revelaram que mães moderadamente deprimidas podiam inclusive apresentar interações positivas com seus filhos e filhas. Em um estudo realizado por Schwengber (2002), também não foram encontradas diferenças entre mães deprimidas e não deprimidas quanto à expressão de afetos positivo e negativo. Os bebês dos dois grupos também não diferiram quanto à expressão de afetos. Schwengber também não encontrou diferenças quanto à intrusividade entre as mães com e sem depressão.

De acordo com essa autora, a literatura tem demonstrado que a depressão materna pode se manifestar de formas distintas. Em algumas mães, a depressão materna pode ser caracterizada por grande intrusividade e irritabilidade enquanto que em outras pode haver retraimento e apatia (Field, 2000; 2002; Hart & cols, 1999). No presente estudo houve uma tendência, embora não significativa, de que as díades mãe-bebê, nas famílias com depressão materna, apresentassem maior

desengajamento do que as díades em famílias sem depressão materna. Isso pode sugerir que as mães deprimidas do presente estudo podiam estar apresentando um estilo de interação mais apático do que intrusivo. Ou ainda que seus bebês também estivessem menos engajados com suas mães, visto que as categorias examinadas no presente estudo consideravam sempre a díade ou a tríade e não cada membro da família em separado. Mas dada esta unidade de análise, no presente estudo não se poderia falar em generalização do comportamento deprimido de interação do bebê com sua mãe para outros adultos (Field & cols, 1988, Field & cols, 1990, Field & cols, 1995; Hoffman & Drotar, 1991; Stern, 1997), pois os comportamentos dos membros da família não foram analisados separadamente. Já no estudo de Schwengber (2002), os bebês de mães deprimidas tenderam a demonstrar mais afeto negativo, com mais vocalizações negativas e menos sorriso, do que bebês de mães sem depressão. No entanto, Schwengber não estudou o engajamento dos bebês durante a interação com suas mães. É possível que a própria situação de interação livre não tenha permitido a expressão de intrusividade como ocorreria em situações de interação estruturada, pois não exige uma atitude mais efetiva da mãe e do pai durante a interação com a criança, conforme já apontado por Schwengber (2002).

A ausência de diferenças significativas entre as díades mãe-bebê de mães com e sem depressão encontrada no presente estudo podem também ser explicadas pelo estudo recente de Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg & Kuhn (2003). Esse estudo investigou a interação mãe-bebê de mães deprimidas divididas em três grupos: com estilo de interação apático, intrusivo ou com boa interação. Esse terceiro tipo de mães deprimidas consegue ter uma boa interação com suas crianças, apesar da depressão, e parece estar posicionado entre o grupo de mães não-deprimidas e mães deprimidas, pois elas apresentam mais sorriso, tocam mais seus bebês e são mais responsivas às demandas deles, do que os outros grupos de mães deprimidas. De qualquer modo, essas mães são mais parecidas com mães deprimidas do que com mães não-deprimidas. Em contrapartida, seus bebês pareciam ser mais semelhantes aos bebês de mães não-deprimidas, de acordo com a escala de Brazelton e quando avaliados sobre os distúrbios do sono. Os resultados indicaram que bebês de mães deprimidas, que tinham uma boa interação com o bebê, eram menos desregulados que os bebês de mães deprimidas com estilo de interação apático ou intrusivo. Isto pode ter contribuído para que tivessem uma melhor interação com suas mães, indicando um padrão de influência bidirecional entre a mãe e seu bebê.

Corroborando a idéia da influência bidirecional, Stern (1997) sugere que alguns bebês podem funcionar como reanimadores para suas mães, pois diante da depressão materna eles tentariam captar a atenção da mãe, o que pode funcionar e ajudar a mãe a se animar durante a interação com eles, apesar da depressão materna. Isso talvez possa explicar a ausência de diferenças do presente estudo. Então, de acordo com Field e cols (2003), os fatores de risco associados com a

depressão materna parecem variar em função do estilo de interação da mãe, logo, os bebês de mães deprimidas com boa interação estariam em menor risco e teriam menos necessidade de intervenção do que bebês de mães intrusivas ou apáticas. Stein e cols (1991) também ressaltaram a considerável variabilidade existente entre mães deprimidas. Em seu estudo, a afetividade com a criança só foi afetada quando, junto com a depressão, a mãe estava passando por dificuldades conjugais somadas a dificuldades financeiras ou no trabalho.

Além disso, é importante salientar que, conforme a extensa revisão da literatura realizada por Cummings e Davies (1994), mesmo em ambientes familiares com muitas características depressivas, é possível que atuem alguns fatores de resiliência que possam amenizar os efeitos negativos da depressão. Embora a depressão esteja comumente associada à discórdia familiar, muitas famílias com pais ou mães deprimidos conseguem manter um funcionamento saudável no casamento, no manejo com as crianças e na provisão de afeto para elas. Soma-se a isso, segundo os autores, o fato de que a vivência nesse ambiente pode ter resultados positivos, pois algumas crianças com essa história familiar podem se tornar especialmente sensíveis aos sentimentos e às necessidades dos outros, o que pode ser valorizado e adaptativo em alguns contextos de suas vidas.

Assim, é importante salientar que talvez a depressão *per se* não seja suficiente para causar déficits na qualidade da parentagem, especialmente no primeiro ano de vida da criança. Por exemplo, em um estudo conduzido por Pauli-Pott e cols (2000), não houve relação direta entre a depressão e a sensibilidade maternas, quando o bebê tinha quatro meses. Apenas a acumulação de fatores de risco, por exemplo, depressão materna e grande irritabilidade infantil afetaram a qualidade da parentagem. Além disso, nesse estudo verificou-se que algumas mães que se consideravam deprimidas tenderam a classificar seus bebês como menos irritadiços e, por consequência, conseguiam ser mais sensíveis a seus bebês. Segundo os autores, possivelmente se possa falar num mecanismo compensatório, pois algumas mães pareceram tentar estabelecer uma boa interação com seus bebês, evitando a expressão de afeto negativo.

De acordo com Brazelton (1988), um lado positivo do período após o parto é que a hipersensibilidade que acompanha a depressão pode ajudar a mãe a compreender melhor o seu bebê. Talvez quase como um consolo para os sentimentos de desorganização que estão vivenciando, essas mães procuram algum comportamento organizado no bebê. Embora Brazelton esteja se referindo ao período pós-parto imediato, quando ainda dever-se-ia falar em melancolia da maternidade e não em depressão pós-parto (Beck & cols, 1993; Dunnewold, 1997; Miller & Rukstalis, 1997; Sjezer & Stewart, 1997), é plausível se pensar que este processo estenda-se ao longo dos primeiros meses e anos de vida do bebê. Os conceitos de preocupação materna primária, proposto por Winnicott (1978), ou de constelação da maternidade, proposto por Stern (1997), parecem corroborar essas idéias. Esses conceitos caracterizam-se por serem estados emocionais



especiais que ocorrem com as mães e que surgem poucos dias antes do nascimento do bebê, podendo durar meses ou anos. Quando as mães encontram-se nesses estados, elas ficariam mais sensíveis às necessidades do bebê, podendo até mesmo abdicar de seus próprios interesses em favor de sua criança. Esta hipersensibilidade também facilitaria a empatia das mães com seus bebês, possivelmente favorecendo a comunicação entre a díade.

De acordo com Papousek & Papousek (1997), a comunicação possui um papel central entre os fatores que podem tornar as interações mãe-bebê uma fonte de gratificação, na qual o bebê pode ter seu desenvolvimento potencializado e a mãe ter sua auto-estima e competência reforçadas. Quando essa interação é gratificante, essas díades poderiam superar as dificuldades e obter êxito sobre alguns fatores de risco, como a depressão materna, por exemplo. Stern (1997) explica que a maioria das mães fica aflita com sua indisponibilidade para com seu bebê e, muitas vezes, lutam mais contra isso do que contra qualquer outra característica de sua depressão, algumas vezes obtendo sucesso, pois conseguem manter uma boa interação com sua criança. Talvez isso possa ajudar a explicar a ausência de diferenças entre as famílias com e sem depressão materna do presente estudo.

Os resultados do presente estudo indicaram também uma tendência não significativa tanto de maior afeto positivo quanto de afeto negativo entre as díades mãe-pai nas famílias com depressão materna. Provavelmente não exista relação mais importante para a mulher no pós-parto do que o relacionamento conjugal (Cooper & Murray, 1995; O'Hara, 1997). Embora no presente estudo não houvesse hipótese quanto a esse aspecto, as emoções assumem um significado especial quando se está lidando com transtornos afetivos (Phares & cols, 2002). Os resultados parecem indicar que a depressão materna possibilitou maior expressão de afeto entre o casal, seja positiva ou negativa. Não surpreende que haja uma maior expressão de afeto negativo entre o casal, já que vários autores indicam que mães deprimidas tendem a ser mais hostis e menos afetuosas (Phares & cols, 2002), além de uma tendência de expressar mais afeto disfórico, isto é, demonstrações de tristeza e desânimo (Hops & cols, 1987). Além disso, a depressão materna pode ter como uma de suas causas o conflito conjugal (Cummings & Davies, 1994; O'Hara, 1997; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999) o que justificaria uma maior expressão de afeto negativo entre o casal. Já a maior expressão de afeto positivo, contraria os achados de Hops e cols (1987) que encontraram o oposto na interação entre mães deprimidas com seus maridos e filhos. No entanto, quando esse autor analisou a contingência entre os afetos foi observado que quando a família demonstrava carinho e afeição pela mãe deprimida, esta diminuía a expressão de afeto disfórico. Já Phares e cols (2002) relataram que mães deprimidas podem ser pouco coerentes nas suas demonstrações de afeto, o que poderia explicar parcialmente a maior quantidade de afeto, tanto positivo quanto negativo, encontrada no presente estudo, entre as díades mãe-pai em famílias com depressão materna.

Um segundo objetivo do presente estudo era o de examinar as possíveis diferenças entre as díades mãe-bebê e pai-bebê em famílias com e sem depressão materna. Era esperado que nas díades pai-bebê de famílias com depressão materna houvesse maior expressão de afeto positivo e menor expressão de afeto negativo nas interações pai-bebê do que nas díades mãe-bebê (Hossain & cols, 1994). Apenas a categoria estimulação cognitiva foi significativamente diferente entre as díades mãe-bebê e pai-bebê em famílias com depressão materna, indicando que, apesar da depressão, as mães estimularam mais seus bebês do que os pais. Já nas famílias sem depressão materna, as díades mãe-bebê apresentaram significativamente mais afeto positivo e mais estimulação cognitiva do que as díades pai-bebê. Houve ainda uma diferença marginalmente significativa na mesma direção na categoria sensibilidade. Por fim, nessas famílias houve também maior desengajamento nas díades pai-bebê do que nas díades mãe-bebê. Isso não corrobora a hipótese inicial do estudo, que esperava maior expressão de afeto positivo e menor de afeto negativo nas interações pai-bebê do que mãe-bebê em famílias com depressão materna, em uma tentativa de o pai compensar os possíveis efeitos negativos da depressão materna para a criança (Hops & cols, 1987; Hossain & cols, 1994; Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). É possível que no presente estudo, o pai tenha apenas amenizado os eventuais efeitos da depressão materna para a família em contexto triádico, visto que a literatura tem relatado diferenças na interação mãe-bebê, quando esta ocorre em contexto diádico, ao se comparar famílias com e sem depressão (Campbell & cols, 1995; Field, 1992; Field & cols, 1988; 1990; Hart & cols, 1998; Hoffman & Drotar, 1991; Murray & cols, 1995; Schwengber, 2002; Teti & Gelfand, 1991).

Corroborando os achados do presente estudo, o estudo conduzido por Hops e cols (1987) também não encontrou diferenças no ambiente familiar de mães deprimidas. As crianças de mães deprimidas apenas apresentaram mais afeto irritadiço, caso houvesse conflito conjugal concomitante com a depressão materna. Além disso, os pais cujas esposas estavam deprimidas, mas em famílias nas quais não havia conflito conjugal, conseguiram ser mais afetivos com seus filhos do que pais com esposas deprimidas e com conflito conjugal. O autor sugeriu que parece haver uma interação complexa entre relacionamento conjugal e a interação pai-mãe-bebê, pois quando há satisfação conjugal, o cônjuge não deprimido conseguiria compensar as possíveis falhas na parentagem do cônjuge doente. O autor também sugeriu que talvez os padrões de interação estabelecidos na família sejam mais importantes do que o diagnóstico parental isoladamente.

Embora no presente estudo não tenha ocorrido diferenças significativas entre as famílias com e sem depressão materna, é plausível supor-se que a depressão materna possa afetar o padrão familiar. Isso recebe pelo menos apoio indireto dos resultados do presente estudo, que mostraram que as interações mãe-bebê e pai-bebê pouco diferiram nas famílias com depressão materna, ao contrário do que apareceu nas famílias sem depressão. Nestas últimas, comparada à interação pai-

bebê, a interação mãe-bebê tendeu a apresentar maior incidência de comportamentos em diversas categorias examinadas. Ou seja, parece que em famílias sem depressão materna há uma tendência de as díades mãe-bebê serem mais ativas do que as díades pai-bebê.

Uma possível explicação para esse achado pode ser oferecida pela teoria sistêmica (Minuchin, 1982), ao afirmar que o pressuposto de entender a família como um sistema significa que a estrutura da família é de um sistema sócio-cultural aberto em transformação, que passa por momentos ao longo do desenvolvimento, requerendo reestruturação e readaptação às circunstâncias modificadas, de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro. Logo, a posição dos membros da família necessita de uma transformação constante. Além disso, de acordo com Minuchin, uma das principais funções da família é apoiar seus membros. Quando um membro sofre estresse, os outros sentem necessidade de se adaptar às circunstâncias modificadas nela. Já se um membro da família se torna seriamente doente, algumas de suas funções e poderes devem ser distribuídos entre os outros membros. Quando este se recupera, nova adaptação é necessária a fim de que ele possa ser incluído em sua antiga posição ou ajudá-lo a assumir uma nova posição dentro do sistema. Dessa maneira, o comportamento de um membro pode afetar imediatamente os outros (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990). Assim sendo, de acordo com Minuchin (1985), um ponto de transição para qualquer membro da família constitui-se num desafio para todo o sistema. Conforme a autora, o indivíduo é parte de um sistema familiar organizado, logo, ele nunca é verdadeiramente independente só podendo ser entendido no contexto familiar. Em suma, as mudanças numa estrutura familiar podem contribuir para mudanças no comportamento e nos processos psíquicos internos dos outros membros desse sistema, como parece ter ocorrido parcialmente nas famílias com depressão materna examinadas no presente estudo.

Um outro fator que pode ter contribuído, no presente estudo, para a ausência de diferenças expressivas entre as famílias com e sem depressão materna foi o contexto de interação triádico. De acordo com Johnson (2001), a literatura tem sido consistente em afirmar que as observações de um subsistema familiar como a díade mãe-bebê, separada do resto da família, não é equivalente a observar a mesma díade quando toda a família está presente. De acordo com a autora, tanto a quantidade como a qualidade dos comportamentos parentais alteram-se nos diferentes contextos familiares, um fenômeno denominado efeitos secundários de socialização (*second-order socialization effects*). Ainda conforme a autora, a presença do cônjuge claramente altera o contexto interativo entre a criança e o outro cônjuge, transformando a díade em um complexo sistema familiar que inclui os subsistemas conjugal e parental. No estudo conduzido pela autora com famílias de crianças pré-escolares, as mães e os pais expressaram menos afeto negativo e eram menos engajados no contexto triádico do que quando observados separadamente nas díades mãe-bebê e pai-bebê. Isso ocorreu porque durante as interações triádicas, o casal deve tanto manejar sua

relação enquanto casal como dar atenção à criança, promovendo um ambiente onde o conflito conjugal pode influenciar a criança direta ou indiretamente através da relação pai-bebê ou mãe-bebê. Em contraste, em contexto diádico, o pai ou a mãe pode focar sua atenção exclusivamente na criança, sem ter de atentar para sua relação com o cônjuge.

Outra possível explicação para a ausência de diferenças do presente estudo entre as díades mãe-bebê e pai-bebê pode ser dada por Clarke-Stewart (1978). A autora comparou a interação mãe-bebê e pai-mãe-bebê longitudinalmente, aos 15, 20 e 30 meses. Embora mães e pais tenham diferido quanto à quantidade de comportamentos, a qualidade da interação entre eles e a criança foi semelhante. Uma única diferença foi encontrada quanto às brincadeiras com contato físico, quando os pais tiveram maior incidência e qualidade do que as mães. No entanto, a autora explicou que os pais que costumavam utilizar essas brincadeiras com suas crianças tendiam a ter esposas que se engajavam mais em brincadeiras com objetos e falavam mais com as crianças. Segundo a autora, essas características maternas foram anteriormente relacionadas com um tipo de cuidado materno considerado “ótimo”. Embora o estudo de Clarke-Stewart não tenha examinado a depressão materna, ele poderia contribuir para entender porque no presente estudo as mães sem depressão tenderam a ter maior frequência de afeto positivo, categoria que no presente estudo incluía as verbalizações. Como esse seria um bom padrão de interação mãe-criança, ele deveria aparecer com mais intensidade entre mães sem depressão do que entre mães deprimidas.

Um outro fator que pode ter contribuído para os achados do presente estudo é o próprio diagnóstico de depressão materna, que é um tanto controverso na literatura. Em uma revisão realizada por Lovejoy, Graczyk, O’Hare e Neuman (2000), os autores indicaram que instrumentos de auto-relato, como o Inventário Beck de Depressão pode não ser fidedigno aos critérios diagnósticos de depressão de entrevistas diagnósticas estruturadas. No entanto, grande parte dos estudos utiliza esse instrumento na avaliação da depressão, logo, se há incompatibilidades quanto ao diagnóstico, ela está presente em boa parte da literatura utilizada (Chabrol & cols, 1996; Cramer, 1997; Field, 1997; Field & cols, 1985; Field & cols, 1988; Hart & cols, 1998; Hossain & cols, 1994; Hops & cols, 1987; Kelley & Jennings, 2003; Matthey & cols, 2000; Pickens & Field, 1993; Schwengber, 2002; Seguin & cols, 1999; Teti & cols, 1995; Whiffen & Gotlib, 1989). No entanto, seria interessante que novos estudos pudessem realizar também uma entrevista diagnóstica, além dos instrumentos de auto-relato, a fim de confirmar o diagnóstico de depressão.

Já de acordo com Cummings e Davies (1994), um grande problema no diagnóstico da depressão é que ela muitas vezes parece ser considerada unidimensional. Para exemplificar isso, os autores explicaram que muitos estudos apenas dividem os grupos em deprimidos e não deprimidos, desconsiderando outros fatores que podem influenciar o diagnóstico de depressão, como as características familiares. Conforme esses autores, os sintomas da depressão podem variar muito

quanto à frequência, cronicidade, início e recorrência, fatores que não têm sido considerados na maioria das pesquisas sobre o assunto. Assim, a literatura sugere que a depressão materna provavelmente terá conseqüências se for crônica e severa, enquanto que a probabilidade de haver efeitos devido a episódios depressivos de curta duração em populações de baixo risco seria quase desprezível. Novos estudos poderiam investigar longitudinalmente a influência da depressão materna para a família, pois diversos autores apontaram que a cronicidade da depressão é um importante fator a ser considerado, sendo que depressões crônicas parecem ter um maior impacto nas relações familiares do que episódios de depressão transitórios (Campbell & cols, 1995; Cohn & cols, 1990; Field, 1995; Murray, 1992; Rutter, 1995). Alguns autores indicam inclusive que parece haver um aumento das expressões de afeto negativo ao longo do tempo se a depressão persistir (Cohn & cols, 1990). Além disso, de acordo com Minuchin (1982), também seria importante investigar como ocorre a readaptação dos papéis familiares quando há remissão da sintomatologia materna. De qualquer modo, a depressão pode aparecer associada a vários fatores que mesmo na ausência desta, podem fazer surgir padrões familiares disfuncionais, como baixo nível socioeconômico, pouco conhecimento sobre desenvolvimento infantil e eventos de vida estressantes (Campbell & Cohn, 1997; Cummings & Davies, 1994).

Já a questão da severidade da depressão se torna um pouco contraditória, pois de acordo com a literatura consultada, a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a não atingir níveis mais elevados (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989), mas ainda assim prejudicaria o funcionamento normal da mulher. Essa asserção não pôde ser corroborada pelo presente estudo, pois das nove mães com depressão, cinco tinham depressão leve e quatro, moderada, e mesmo assim não houve diferenças entre os grupos, talvez indicando que mesmo se a depressão for moderada, a família e, especialmente a mulher deprimida, podem conseguir estabelecer bons padrões de interação.

Mais um fator pode explicar a ausência de diferenças entre as famílias com e sem depressão materna. Assim como no estudo de Campbell e Cohn (1997), as mães do presente estudo eram casadas e o companheiro estava presente e envolvido com a criança em algum nível. O próprio fato de o pai envolver-se, desde a gestação no projeto longitudinal, do qual o presente estudo faz parte, pode ser um indicador do envolvimento desses pais com seu filho e família. Conforme Phares & cols (2002), ter uma boa relação afetiva como uma das figuras parentais, neste caso o pai, pode ser um fator de grande proteção para a criança. Também é possível que as mães do presente estudo tenham recebido apoio suficiente do companheiro e da família, o que pode ter evitado que elas tivessem problemas na interação com seus bebês. Forehand e cols (1988) ressaltaram que parece haver uma diferença entre amostras clínicas, cujas mulheres estejam em tratamento para depressão e amostras não clínicas. Parece que a depressão materna afeta apenas a relação mãe-bebê de amostras

clínicas, enquanto que o conflito conjugal estaria mais associado com amostras não-clínicas, como é o caso da amostra utilizada no presente estudo.

De acordo com Kerig (2001), a observação da família permite entender a conexão entre os mecanismos que ligam a parentagem com o desenvolvimento da criança. Porém, as pessoas no seu dia-a-dia comportam-se, muitas vezes, de maneira diferente do que se percebem. Logo, apenas a observação direta do comportamento poderia captar os comportamentos sem a valoração que a família atribui. Apesar disso, a utilização de uma sessão de observação livre em laboratório também pode ter influenciado os resultados do presente estudo. Conforme Kerig (2001), sabe-se que as observações em laboratório pecam pela falta de validade ecológica. Porém, mesmo em observações naturalísticas, a simples presença do pesquisador já pode alterar a rotina familiar, e conforme a autora, quando se pretende observar possíveis processos disfuncionais nas famílias, como nos casos de patologias, o ambiente um tanto estressante do laboratório pode ser a melhor opção. Segundo esta mesma autora, no laboratório, parece haver uma tendência maior de tentar fingir que as coisas não estão bem do que o contrário. Apesar do efeito do contexto, segundo Kerig, uma família que não consegue resolver amigavelmente seus problemas, dificilmente conseguirá simular uma boa interação.

Outra consideração que deve ser ressaltada é a adequação do instrumento para avaliar a interação das famílias, utilizada no presente estudo, adaptado do “*The young family interaction coding system*”, de Cox (1998). Embora ele tenha sido desenvolvido para crianças a partir de dois anos, adaptações foram feitas para bebês de um ano de idade, visto que é esperado que os instrumentos captem as interações adequadas aos diferentes períodos do desenvolvimento (Kerig, 2001). Inicialmente, as categorias do instrumento deveriam ser macroanalíticas, isto é, classificadas com base em todo o tempo de observação da interação, já que o objetivo era usar unidades de tempo maiores, a fim de tentar captar o sentido e a intensidade das interações familiares (Lindhal, 2001). No entanto, durante o treinamento, mostrou-se importante analisar as mudanças de comportamento ao longo da observação, mas sem perder as vantagens da macroanálise, optando-se, então, por um nível de análise mesoanalítico, de um minuto (Mahoney, Coffield, Lewis & Lashley, 2001). Contudo, talvez fosse importante que novos estudos analisassem também as seqüências específicas dos comportamentos e suas freqüências, utilizando duas formas de análise combinada, micro e mesoanálise. De acordo com Parke e Tinsley (1987), ao mesmo tempo em que existem grandes evidências quanto ao uso de métodos microanalíticos, parece estar ocorrendo um aumento na utilização de escalas macroanalíticas. Essa mudança deve-se em parte porque as escalas macroanalíticas podem ser um nível de mensuração mais adequado do que a microanálise em alguns casos. Além disso, alguns estudos têm mostrado que essas escalas são mais estáveis ao longo do tempo do que a análise de freqüências (Clarke-Stewart & Hevey, 1981; Jay & Farran, 1981;

Waters, 1978). No estudo conduzido por Bakeman e Brown (1980), foram investigadas variáveis microanalíticas e variáveis globais, macroanalíticas, para analisar a interação mãe-bebê. Apenas as variáveis globais aos três meses foram preditoras da competência social da criança aos três anos.

Especificamente para analisar o comportamento infantil em contexto de depressão materna, talvez a microanálise possa ser um bom método e deveria ser utilizada em novos estudos sobre depressão. Stern (1997) propõe que a depressão parece afetar o bebê em micro-eventos, nos quais só poderiam ser avaliadas adequadamente através de um procedimento mais detalhado, em pequenos intervalos. Deve-se esclarecer, no entanto, que esse não era o objetivo do presente estudo, que pretendia avaliar características mais globais da interação entre famílias com e sem depressão materna. Possivelmente mais do que o tipo de análise utilizado, o tamanho pequeno da amostra acabou reduzindo o poder estatístico dos testes utilizados. Uma importante limitação do presente estudo foi que os pais não foram avaliados quanto à depressão. Inicialmente tentou-se fazer essa avaliação, mas como alguns pais recusaram-se a preencher o BDI desistiu-se de aplicá-lo aos demais. De acordo com Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996), em famílias cujas mães apresentam depressão nos primeiros meses após o parto, parece haver uma tendência de os pais também sofrerem de depressão ao final do primeiro ano do nascimento da criança. Sugere-se que esse fator seja investigado em estudos futuros. É possível que em famílias onde ambos os pais estejam deprimidos o contexto de interação com o filho e entre o casal seja particularmente difícil.

## Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo examinar as interações triádicas e diádicas entre famílias com e sem depressão materna. Os resultados não corroboraram as hipóteses do estudo, contrariando boa parte da literatura sobre depressão materna. Nesse sentido, é importante que se tenha cautela na interpretação desses resultados e vários pontos levantados acima precisam ser considerados. De qualquer modo, ainda existem inconsistências na literatura, o que aponta para a necessidade de novos estudos, que corroborem ou não os achados do presente estudo. Na verdade, os resultados do presente estudo se aproximam do estudo de Chabrol e cols (1996), que também não encontrou diferenças nas interações diádicas e triádica em famílias com e sem depressão materna. Além disso, é possível que o pai exerça um papel moderador quanto aos eventuais efeitos da depressão materna para a família, talvez amenizando tais efeitos no contexto triádico, visto que parece haver uma alteração do padrão familiar nas famílias com depressão materna.

É importante ressaltar que a depressão materna constitui-se em um fenômeno bastante complexo, passível de inúmeras variações, seja na intensidade como na cronicidade. Assim sendo, é plausível supor-se que, como destacado nos dados do presente estudo, muitas díades mãe-bebê, bem como suas famílias, possam ter um funcionamento semelhante a famílias não afetadas pela depressão.

Dados epidemiológicos indicam que em torno de 10% das puérperas desenvolvem depressão nos meses seguintes ao nascimento do bebê e, em várias delas, esse quadro poderá se estender ao longo de vários meses. Isso já se constitui razão suficiente para que se continue investigando a extensão do eventual impacto desse quadro, especialmente para o desenvolvimento do bebê.

As pesquisas deveriam também buscar compreender quais os fatores que estão mais comumente associados com a depressão materna, dentre os quais pode-se destacar conflitos conjugais, ausência de planejamento da gravidez, temperamento e sexo do bebê, relação com a família de origem, e eventos de vida estressantes que estejam ocorrendo no momento. Com tantos fatores potencialmente importantes para as interações familiares talvez o foco na depressão *per se* seja inadequado para explicar as variações nos padrões de triádicos e diádicos dentro da família. Além disso, estudar a depressão isoladamente, acaba desconsiderando o papel da criança e do seu ambiente no seu desenvolvimento. Um delineamento que abarque boa parte desses fatores poderia trazer novas contribuições. Além disso, permitiria planejar as estratégias de intervenção mais adequadas ao tratamento da depressão materna.

Apesar das inconsistências, ainda existentes, quanto ao impacto da depressão materna para o desenvolvimento precoce, é importante que os profissionais da saúde estejam atentos para a qualidade da interação mãe-bebê, tendo em vista evidências relatadas na literatura sobre possíveis



transtornos que a depressão materna pode gerar para a criança e também para a família. Nesse contexto, trabalhos preventivos junto a famílias de risco serão bem-vindos e contribuirão para que a depressão materna não tenha efeitos negativos no desenvolvimento infantil e familiar.

## REFERÊNCIAS

- Andolfi, M. (1996). O triângulo como unidade mínima de observação. *A linguagem do encontro terapêutico*. (R.S.di Leoni, Trad.) (pp.30-47).Porto Alegre: Artes Médicas.
- Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Ashman, S.B. & Dawson, G. (2002). Maternal depression, infant psychobiological development and risk for depression. Em: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children of depressed parents*. (pp.37-58). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bakeman, R. & Brown, J.V. (1980). Early interaction: Consequences for social and mental development at three years. *Child Development*, 51, 437-447.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A. & Rutowsky, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing*. 21(4), 287-293.
- Beeghly, M., Weinberg, M.K., Olson, K.L., Kernan, H., Riley, J. & Tronick, E.Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71, 169-180.
- Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development*, 55, 692-705.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego*. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações* (M.B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Campbell, S.B. & Cohn, J.F. (1997). Chronicity of postpartum depression. Em: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp.163-197). New York, NY: The Guilford Press.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., Meyers, T. (1992). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Chabrol, H., Bron, N. & Le Camus, J. (1996) Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 19: 149-152.

- Clarke-Stewart, A.K. (1978). And daddy makes 3: the father's impact on mothers and young children. *Child Development*, 49, 466-478.
- Clarke-Stewart, A.K. & Hevey, C.M. (1981) Longitunal relations in repeated measures from one to two-and-a-half years. *Developmental Psychology*, 17, 127-145.
- Cohn, J.F, Campbell, S.B, Mattias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, 26,15-23.
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cox, M. J. (1998). *The young family interaction coding system*. UNCCCH, Chapel Hill. Instrumento não-publicado.
- Cox, M.J. & Paley,B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*,48, 243-267.
- Cramer, B.G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. Em: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp.237-261). New York, NY: The Guilford Press.
- Cummings, M.E. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112
- Cummings, E. M. & Davies, P.T. (1999). Depressed parents and family functioning: interpersonal effects and children's functioning and development. Em: T. Joiner & J.C. Coyne (Orgs.) *The interactional nature of depression* (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cunha, J.A.(2001) Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M. & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27(1), 107-115.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B. R.(1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57:1507-1518.
- Deal, J.E., Hagan, M. S., Bass, b., Hetherington, E. M & Clingempeel, G. (1999). Marital interaction in dyadic and triadic contexts: continuities and dicontinuities. *Family Process*, 38(1), 105-115.

- Dunnewold, A. L. (1997) *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Egeland, B., Pianta, R. & O'Brien, M. (1993). Maternal intrusiveness in infancy and child maladaptation in early school years. *Development and Psychopathology*, 5, 359-370.
- Feldman, R. (2000). Parent's convergence on sharing marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21 (3), 176-191.
- Fendrich, M., Warner, V. & Weissman, M. (1990). Family risk factors, parental depression and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T. (1997) Depressed mothers and their infants. In: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236.). New York, NY: The Guilford Press.
- Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. *Stress, coping and depression* (pp. 3-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression. In: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children of depressed parents* (pp.59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2003). Depressed mothers who are "good interaction" partners versus those who are withdrawn or intrusive. *Infant Behavior & Development*, 26, 238-252.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Guthertz, M. (1990). Behavior state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Shanberg, S., Zimmerman, E.A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59: 1569-1579.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Fitzgerald, H. E. & Field, T. (1997). Depression. *Infant Mental Health Journal*, 18, 335-338.
- Forehand, R., Brody, G., Slotkin, J., Fauber, R., McCombs, A. & Long, N. (1988). Young adolescent and maternal depression: assessment, interrelations, and family predictors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 422-426.

- GIDEP (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (1998b) *Consentimento informado*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (2000a). *Observação da interação familiar*. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (2000b). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade aos doze meses*. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (2000c). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da paternidade aos doze meses*. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Hall, C.S., Lindzey, G. & Campbell, J.B. (2000). *Teorias da personalidade* (M.A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Harnish, J.D., Dodge, K.A., Valente, E. & the Conduct Problems Prevention Research Group. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behavior problems. *Child Development*, 66, 739-753.
- Hart, S., Field, T., del Valle, C. & Pelaez-Nogueras, M. (1998). Depressed mothers' interactions with their one-year-old infants. *Infant Behavior and Development*, 21, 519-525.
- Hart, S., Jones, N.A., Field, T. & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 111-120.
- Hay, D.F. (1997). Postpartum depression and cognitive development. Em: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 85-110). New York, NY: The Guilford Press.
- Hay, D.F. & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 165-181.
- Hendrick, V. & Altshuler, L.L. (1997). Biological determinants of postpartum depression. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp.65-82). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Hoffman, Y. & Drotar, D. (1991) The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby? *Infant Mental Health Journal*, 12: 65-80.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Manuscrito não publicado.

- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994) Infants of “depressed” mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15: 348-357.
- Jacob, T. & Johnson, S.L. (1997) Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *Journal of Family Psychology*, 11, 391-409.
- Jacobsen, T. (1997). Effects of postpartum disorders on parenting and offspring. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders*. (pp.119-142). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Jay, S. & Farran, D.C. (1981) The relative efficacy of predicting IQ from mother-child interactions using ratings versus behavioral count measures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 165-177.
- Johnson, V.K. (2001). Marital interaction, family organization and differences in parenting behavior: Explaining variations across family interaction contexts. *Family Process*, 40(3), 333-342.
- Kennedy, H.P., Beck, C.T. & Driscoll, J.W. (2002). A light in the fog: caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47, 318-330.
- Kelley, S.A. & Jennings, K.D. (2003). Putting the pieces together: maternal depression, maternal behavior and toddler helplessness. *Infant Mental Health Journal*, 24, 74-90.
- Kerig, P.K. (2001). Introduction and overview: conceptual issues in family observational research. Em: P.K. Kerig & K.M. Lindhal (Orgs.). *Family observational coding systems* (pp.1-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Krob, A.D. (1999) *A transição para a paternidade e a interação pai-bebê*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Lamb, M.E. (1979) The effects of social context on dyadic social interaction. Em: M.E.Lamb, S.T.Suomi & G.R. Stephenson (Orgs). *Social Interactive analysis: Methodological issues*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Lidell, C., Henzi, S.P. & Drew, M. (1987). Mothers, fathers and children in an urban park playground: A comparison of dyads and triads. *Developmental Psychology*, 23(3), 262-266.

- Lindhal, K.M. (2001). Methodological issues in family observational research. Em: P.K. Kerig & K.M. Lindhal (Orgs.). *Family observational coding systems* (pp.23-32). Mahwah, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Mahoney, A., Coffield, A., Lewis, T, & Lashley, S.L. (2001). Meso-analytic behavioral rating system for family interactions: observing play and forced-compliance tasks with young children. Em: P.K. Kerig & K.M. Lindhal (Orgs.). *Family observational coding systems* (pp.225-242). Mahwah, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Matthey, S., Barnett, B. Ungerer, J. & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during thr transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
- McHale, J.P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: the roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985-996.
- Miller, L.M. (1997), *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Miller, L.M. & Rukstalis, M.(1997). Beyond the “blues”: Hypotheses about postpartum reactivity. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders*. (pp.3-20).Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*.(J.A. Cunha, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1990). Famílias. Em: *Técnicas de terapia familiar*. (C.Kinsch e M.E.R.F. Maia, Trad.)(pp.21-36). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33,543-561.
- Murray,L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996a). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Murray, L., Hooper, R., King, F. & Fiori-Cowley, A. (1996b). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*,38, 109-119.
- Nachmias, C. & Nachmias, D.(1996) *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.
- NUDIF (2003). Protocolo para Avaliação da Interação Triádica e Diádica. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Em: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 158-171.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1983) Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 336-341.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillips, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 3-15.
- Parke, R.D. & Tinsley, B.J. (1987). Family interaction in infancy. Em: Osofsky J.D. (Org.) *Handbook of infant development*. (pp.579-641). New York: John Wiley & sons, Inc.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregivers' reactivity/ sensitivity. *Infant Behavior and Development, 23*, 23-29.
- Parke R.D. (1990). In search of fathers. Em: (I.E. Sigel & G.H. Brody). *Methods of Family Research: Normal Families*. (pp. 153-88.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Parke, R.D. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University Press.
- Parry , B.L. (1997) Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp.21-46). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A. & Clasky, S. (1995). Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal, 15*, 358-367.
- Piccinini, C.A., Tudge, J.R., Lopes, C.C.S. & Sperb, T.M. (1998) "Estudo Longitudinal de Porto Alegre: Da gestação à Escola". Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Projeto não publicado.
- Phares, Duhig & Watkins, (2002). Family context: Fathers and other supports. In: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children of depressed parents* (pp. 203-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology, 29*, 986-988.
- Prado, L.C. (1996) O bebê inaugura a família: a terapia pais-bebê. Em: L.C. Prado (Org.). *Famílias e terapeutas - Construindo caminhos* (pp.97-130). Porto Alegre: Artes Médicas.



- Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1990) Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349-366.
- Romito, P. Saurel-Cubizolles, M. & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Rutter, M. (1990). Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.
- Scherwen, L.N. (1991) Fantasy state during pregnancy. A psychoanalytic account. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*, 6, 55-71.
- Schwengber, D.D.S. (2002) *A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. & Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*, 26(3), 157-163.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (I.V. Carvalho Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stein, A., Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A. & Cooper, P. (1991). The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Steiner, M. & Tam, W.Y.K. (1997) Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47-64) Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher*. (M.N.B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62:918-929.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997) Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. Em L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 136-163). New York, NY: The Guilford Press.

- Teti, D.M., Gelfand, D., Messinger, D.S. & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Thoman, E. B. (1975) How a rejecting baby affects mother-infant synchrony. *CIBA Foundation Symposium*, 33, p. 177.
- Tronick, E. Z. & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85-92.
- Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*, 49, 483-494.
- Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H.(1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H.(1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 485-494.
- Wile, J. & Arechiga ,M. (1997). Sociocultural aspects of postpartum depression. Em: L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp.83-99).Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. Em: *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.) (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.

## ANEXO A

### Ficha de Contato Inicial (GIDEP - UFRGS - 1998)

Nome da mãe:

Escolaridade:

Trabalha? ( ) sim ( ) não O que faz?

Quantos anos tu tens?

O pai do bebê vive contigo? Há quanto tempo?

Como é o nome dele?

Qual é a idade dele?

O que ele faz? Qual é a escolaridade dele?

Ele tem outros filhos?

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

Data do nascimento do bebê:

## ANEXO B

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Mestrado e Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento  
(GIDEP - UFRGS - 1998)

### Consentimento Informado

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar o relacionamento conjugal e a interação pais-bebê.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao atendimento dispensado nesta instituição.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das imagens realizadas com meu bebê.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Dr. César Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3316 5058.

Data:     /     /

Nome e assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO FAMILIAR (GIDEP - UFRGS - 2000) (Décimo segundo mês do bebê)

Oi, como vocês estão? Como a gente já havia combinado, hoje nós vamos conversar um pouco mais com vocês e filmar o bebê. Primeiro nós gostaríamos de começar filmando o bebê com vocês dois.

#### ***Primeiro momento: filmagem do bebê com os pais em atividade livre:***

- Vocês podem ficar bem à vontade e fazer como vocês normalmente fazem quando estão com o bebê.

*(tempo de 8 minutos)*

#### ***Segundo momento: filmagem do bebê com o pai (alternar a ordem):***

- Agora vamos filmar o bebê com o pai, depois nós trocamos.

- ***Para o pai:*** Você pode ficar à vontade e fazer como normalmente faz quando está com o bebê.  
*(tempo de 8 minutos)*

#### ***Terceiro momento: filmagem do bebê com a mãe:***

- Agora vamos inverter, vamos filmar o bebê com a mãe.

- ***Para a mãe:*** Você pode ficar à vontade e fazer como normalmente faz quando está com o bebê.  
*(tempo de 8 minutos)*

#### ***Quarto momento: filmagem do bebê com os pais:***

- Agora gostaria de continuar filmando vocês dois com o bebê por mais alguns minutos.  
*(tempo de 8 minutos)*

- Para terminar, gostaríamos de continuar filmando o bebê enquanto nós conversamos.  
*(tempo livre)*

## ANEXO D

### Protocolo de Avaliação da Interação Triádica e Diádica (NUDIF, 2003 baseado em Cox (1998))

Nr. caso: \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Observador: \_\_\_\_\_

Intervalo de tempo	Triádica 1			Triádica 2			Triádica 3			Triádica 4			Triádica 5			Triádica 6			Triádica 7			Triádica 8			Triádica 9			Triádica 10			Triádica 11			Triádica 12		
	m-c	D-C	m-D <sup>4</sup>	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D	m-c	D-C	m-D			
<b>Sensibilidade</b>																																				
<b>Afeto positivo</b>																																				
<b>Afeto negativo</b>																																				
<b>Desengajamento</b>																																				
<b>Intrusividade</b>																																				
<b>Estimulação cognitiva</b>																																				
<b>Alianças Familiares</b>																																				

<sup>4</sup> Por razões teóricas apenas as categorias afeto positivo, afeto negativo e alianças familiares serão consideradas para a díade mãe-pai

## ANEXO E

### Definição das categorias do Protocolo para Avaliação da Interação Triádica e Diádica

(NUDIF, 2003, baseado em Cox, (1998))

**1) Sensibilidade** – refere-se à sensibilidade dos pais às necessidades da criança. Eles estão centrados na criança. Os pais indicam estar cientes das necessidades, humor, interesses, capacidades da criança. Oferecem uma mistura adequada de apoio e independência. Respondem apropriadamente à criança. Indicadores de sensibilidade incluem: a) reconhecer o afeto da criança; b) estabelecer uma conversa responsiva ao conteúdo da fala e/ou atividade da criança; c) facilitar, mas não controlar o brincar 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 brincar; 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 (detached) 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-se mutuamente 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 reflitam 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 freqüência 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 5 é que a família parece menos relaxada do que as famílias com escore 5; *5-Muito 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. Pode ocorrer entre os pais, entre os pais em relação à criança ou por parte da criança dirigindo-se aos pais. Os pais podem brigar com a criança ou entre si. As interações podem ser hostis, punitivas, de forma encoberta ou explícita. Incluem expressões faciais negativas, tom de voz seco, interações caracterizadas por reprimendas, 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 (warmth) 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) ignorar 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 família 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 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 um 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 intrusivas, 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 desafiam 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 tentativas de engajamento em atividades desafiadoras desenvolvimentalmente 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 número e/ou qualidade. Ações tendem a ser repetidas ao invés de variadas. 5- *Muito característico da interação*: Famílias consistentemente 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.

**7) Alianças familiares** - referem-se às interações entre dois membros da família no sentido de excluir um terceiro membro. A aliança pode ter um tom amoroso e afetivo, como observado quando um dos pais e seu filho estão particularmente próximos, ou pode ter um tom mais hostil e exclusivo. Diferentemente, numa família equilibrada, cada díade parece estar em igualdade em termos de proximidade, influência e afeto. A família funciona e os membros aparecem conectados de uma forma respeitosa uns aos outros. Alguns comportamentos-chaves indicadores de aliança são: a) uma díade sentada de tal forma que mantém o outro membro com dificuldade de acesso à sua interação, ou o membro excluído fica mantido fisicamente fora da interação; b) dois membros da família dividindo significativamente mais conversações e afetos físicos um com o outro; c) dois membros da família tomando decisões significativas sem considerar os sentimentos do terceiro; d) uma pessoa não sendo escutada ou respeitada pelos outros em relação aos seus sentimentos e palavras.

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*: A família é balanceada de maneira que cada díade tenha uma relação que é importante para a dinâmica familiar. Não há evidências de alianças afetivas ou hostis. *2- Minimamente característico da interação*: há evidências de uma díade ser mais conectada com exclusão de um membro da família. Entretanto, se o membro quiser, ele pode entrar na interação. Ou o membro excluído pode ser convidado para interagir, mas freqüentemente prefere ficar à parte. *3- Mais ou menos característico da interação*. *4-Moderadamente característico da interação*: Uma díade tem mais conexão ou proximidade entre si do que as outras díades. Ou uma díade claramente divide poder com um terceiro membro da família de uma maneira que não é respeitosa. *5- Muito característico da interação*: A díade exclui o terceiro membro de forma dura ou insensível. O membro excluído claramente não tem acesso à díade.