UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATA PEREIRA DE FELIPE

ANÁLISE DO EFEITO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ VIA CATEGORIAS COMPORTAMENTAIS E ESTILOS INTERATIVOS MATERNOS

São Paulo
2009

RENATA PEREIRA DE FELIPE

ANÁLISE DO EFEITO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ VIA CATEGORIAS COMPORTAMENTAIS E ESTILOS INTERATIVOS MATERNOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Experimental

Orientadora: Vera Silvia Raad Bussab

São Paulo

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Felipe, Renata Pereira de.

Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos / Renata Pereira de Felipe; orientadora Vera Silvia Raad Bussab. -- São Paulo, 2009.

156 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Depressão pós-parto 2. Relação mãe-criança 3. Desenvolvimento infantil I. Título.

RC537

RENATA PEREIRA DE FELIPE

ANÁLISE DO EFEITO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ VIA CATEGORIAS COMPORTAMENTAIS E ESTILOS INTERATIVOS MATERNOS.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Experimental

BANCA EXAMINADORA:

_____

_____

_____

Dissertação defendida e aprovada em ___/___/___

Às minhas interações sociais, especialmente, à principal delas: a interação com minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que fizeram, fazem e estão fazendo parte da minha vida e do meu trabalho até o presente momento, portanto, é possível que eu me esqueça de agradecer alguém. Peço a estas pessoas que me perdoem. Sem muita demora, gostaria de começar agradecendo a principal responsável por meu ingresso na Pós-Graduação e, conseqüente, realização deste trabalho: minha mãe. Obrigada por tudo, em especial, por ter sido mãe e pai, há aproximadamente seis anos; por ser este modelo maravilhoso de mãe e profissional atenciosa, amorosa e competente que é; por sua fibra, inteligência, senso de humor; por sua capacidade de se reinventar; por seu apoio, seu ombro, seu colo, sua amizade; e, principalmente, por seu amor incondicional. Além de minha mãe, gostaria de agradecer meu maior "presente" que, embora não esteja mais entre nós, me deixou ricos ensinamentos: meu pai. Seu caráter ímpar, generosidade, carisma, sua dedicação a ser pai, sua extrema e contagiante bondade, além é claro, de seu amor incondicional são dignos de nota. À Fê, minha irmãzinha, pela simplicidade, ingenuidade e bondade que a fazem uma criatura tão especial. Ao novo membro da família: Leo. Tentar descrever uma característica ou agradecer um feito dele em poucas linhas seria uma imprudência de minha parte. Agradeço por nosso encontro probabilisticamente tão improvável de parceria, amizade, admiração, paixão, cuidado, e de um amor tão indescritível que me faltam palavras. Ah, é claro, por me fazer viver um "sonho encantado". Por fim, gostaria de estender meus agradecimentos a toda minha família.

Agradeço à Professora Dra. Vera Silvia Raad Bussab pela maravilhosa oportunidade de trabalho e convivência. Gostaria de agradecer, especialmente, pelas horas dedicadas ao meu trabalho; pelas idéias e pelas discussões teórico-práticas; por suas interpretações tão acuradas e tão emocionadas; por suas aulas; por seu olhar doce, seu ombro amigo, sua empatia, amizade; enfim, por todo este mosaico de qualidades que a unificam nesta mulher e

profissional tão amada e respeitada que é. Vera, obrigada por ter “aberto as portas” da USP para mim e por ter feito com que eu descobrisse minha verdadeira paixão: o estudo da interação mãe-bebê.

À Professora Dra. Emma Otta pela sagacidade de suas idéias direcionadas ao meu trabalho, responsáveis por edificá-lo de uma maneira mais proveitosa e interessante.

À Professora Dra. Patrícia Izar pela leitura crítica impecável e, conseqüente, contribuição na concretização deste trabalho. Além das atribuições de cunho acadêmico, gostaria de agradecê-la pelas freqüentes e divertidas intromissões em minhas reuniões, por ter se transformado também em minha “Mami” e, é óbvio, por vistoriar em territórios nacionais e internacionais nosso sujeito experimental do estudo sobre o incremento do fitness pelo uso demasiado do estilo-dobra-da-manga-da-camisa.

À Doutora Carla Cristine Vicente pelas inúmeras contribuições e discussões direcionadas ao meu trabalho, pela sensibilidade em conduzir a pesquisa e questões adjacentes ao Projeto Ipê, além das boas conversas e do carinho que demonstrou em um momento específico da minha caminhada.

Aos professores do Instituto de Psicologia e de outros Institutos da USP que, indiretamente, contribuíram para este trabalho através de suas aulas enriquecedoras ministradas ao longo destes três anos de USP.

À todos os pesquisadores do Projeto Ipê que, através de suas formações multi-disciplinares, fomentaram inúmeras discussões extremamente frutíferas e reveladoras capazes de promover um maior entendimento a um fenômeno tão multi-determinado como a Depressão Pós-parto (DPP). Especialmente, gostaria de agradecer a “base da cadeia”, uma a uma, pelo amor, seriedade e comprometimento despendidos a este projeto. À Marina “Nina” Cecchini, por seu olhar especial e diferenciado direcionado a certas questões do projeto que, muitas vezes, passaram despercebidas por outros olhares mais apressados; por sua ajuda

indescritível relacionada a assuntos acadêmicos ou pessoais; mas, principalmente, gostaria de agradecer por nossa parceria e maravilhosa amizade. À Lia, pela personalidade incrível, pelas idéias excêntricas e reveladoras tão características dela, e, principalmente, por nossa amizade. À Gabizinha, pequena gigante, praticamente minha co-orientadora, gostaria de agradecê-la pelas fabulosas idéias, discussões, horas devotadas ao meu trabalho, por nossa parceria como monitoras, além da nossa crescente amizade. À Ana Patrícia, pelo trabalho sério de secretariado do Projeto Ipê e pela atenção que dá às participantes e seus familiares, além de nossas conversas, risadas e amizade. À Martha "Marthita", mulher e amiga de fibra, gostaria de fazer um agradecimento especial, pela disposição e seriedade ao trabalhar comigo durante a etapa de codificação dos dados do meu estudo. À Gabi "Polaca", pela meiguice e pela amizade, além do envolvimento no projeto e da ajuda imprescindível na codificação dos dados do meu trabalho. À Luiza pela seriedade com que trabalhou conosco e pela personalidade que admiro tanto. Ao Christian, por me ajudar a obter meu banco de dados. À Marie-Odile, por colaborar com o projeto através de seu olhar experiente, além de ser essa pessoa encantadora.

Ao Hospital Universitário da USP (HU-USP), Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB), UBS Jardim São Jorge e UBS Vila Dalva por terem sido os locais onde o projeto começou, na prática.

Um agradecimento especialíssimo às participantes, seus filhos e sua rede social por aceitarem participar desta pesquisa e por serem as principais responsáveis por este trabalho.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia, em especial à Sônia, ao Alexandre, a Vanessa, Selma e Ana Laura, pelas ajudas, conversas, cafés, almoços e, principalmente, pelas muitas risadas que demos. Um agradecimento especial para minha parceirinha 100%: "Gi" Zago. Uma das primeiras amigas de USP que levarei para vida toda. Obrigada por nossas conversas prolongadas, pelas confidências, risos, enfim, por fazer parte da sua vida.

Ao Instituto do Milênio de Psicologia Evolucionista e sua grande equipe, pelas oportunidades e discussões.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

Ao Programa de Aperfeiçoamento de Ensino – PAE pelas experiências e auxílio concedido.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão da bolsa de mestrado.

Ao José “Garça” Benedetti Piccoli, de colega de sala a parceiro de laboratório e amigo para todas as horas. Obrigada pela amizade, ajuda, dicas, correções e revisões de português, apoio estatístico, viagens, conversas, cafés, e até mesmo, por oferecer a própria namorada como minha codificadora, dentre outras coisas que não serei capaz de lembrar aqui e agora. Estendo à Suzana - minha colega de UNESP, namorada do “Garça” e minha codificadora - este agradecimento por sua essencial participação neste trabalho.

Ao Marco “Marcola”, líder e idealista supremo de nosso laboratório. Obrigada, primeiramente, pela sugestão de vir prestar mestrado num tal de um Departamento de Psicologia Experimental da USP. O agradecimento se estende a seu entusiasmo com a Psicologia Evolucionista, às nossas conversas, parcerias de trabalho, risadas, idéias, pelo ombro amigo, viagens e pelas músicas engraçadíssimas que só ele sabe onde encontrar. Além, é claro, por sua personalidade incrivelmente inconfundível. O meu “obrigada” também se estende à querida Isa, pela personalidade, inteligência, persistência, e também pelas conversas e crônicas de suas viagens que eu poderia ficar escutando por horas a fio.

Ao César “Césinha”, o homem mais menino e mais pentelho que já conheci. Obrigada por nossas conversas, confissões, parcerias, viagens, risadas, enfim, por nossa amizade.

Ao Altay “Alta”, o cara mais cabeçudo e entendido dos mais diversos assuntos que existe na face da terra. Queria agradecer pelas inúmeras reuniões em que você tentou com muito empenho me ensinar “estatistiquês”, por suas aulas e cursos esclarecedores, mas, principalmente por me avisar que sou e devo aceitar a minha “nóia” e por nossa amizade.

À Ana Karina, por não valer nada e mesmo assim eu gostar dela. Quero agradecer por nossa fulminante amizade e por nosso gostar mútuo tão verdadeiro.

À Olívia “Willívia”, por termos nos encontrado descompromissadamente numa aula de Comunicação Animal e nunca mais nos largado. Obrigada por sua personalidade incrível e encantadora, por seu mal-humor engraçado, por nossas “sessões de descarrego”, seu apoio, seu ombro, sua hospitalidade, enfim, gostaria de agradecer por fazer parte da sua vida. Meu agradecimento se estende aos meus colegas “primatólogos” tão queridos: em especial, à Eliza, à Mari Dutra, ao Luquinhas, ao Caio, ao Luíz, à Michelle e a quem mais eu não estiver me lembrando.

À minha psicóloga Suzaninha, por me mostrar que a descoberta de si mesmo é um processo muito mais árduo do que eu jamais imaginara.

Gostaria de fazer um agradecimento final e especial aos meus amigos que estiveram mais próximos durante esta fase da minha vida: Camila, Tatiana “Xureta”, Marília “Pico”, Bianca “Haram”, Fernanda “Tuda”, Mônica “K-penga”, Milena “Buga”, Renata “Pirys”, Victor “Fofa”, André “Fantoxe”, Marcito, Maria Carolina, Vivi, Michêle, Mariana. Gostaria também de agradecer àqueles que não citei, mas que tanto prezo. Todas estas pessoas, com suas diferentes tonalidades e realidades, embora não tenham ajudado diretamente neste trabalho, com certeza, foram essenciais para que meu estado de espírito estivesse pleno para que eu pudesse ir em busca de mais esta realização.

Só nos importaremos se compreendermos. Só ajudaremos se nos importarmos.

Jane Goodall, 1990.

RESUMO

DEFELIPE, R. P. **Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos.** 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Introdução: Este estudo faz parte de uma pesquisa longitudinal sobre depressão pós-parto (DPP), suas possíveis causas e conseqüências para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil (Projeto Temático da FAPESP). As participantes foram entrevistadas no terceiro trimestre de gestação e as díades mãe-bebê foram avaliadas dois dias após o parto, no terceiro e no quarto mês de idade da criança. No quarto mês da criança, certas categorias comportamentais (olhar, sorriso, toque, verbalização/vocalização e choro), vigentes na interação mãe-bebê, foram analisadas em função da presença de indicadores de DPP. Foram analisados também os estilos interativos maternos (intrusivo, retraído e boa interação) a partir do protocolo de Field (FIELD et al., 2003). *Métodos*: Aplicando a EPDE (Escala Pós-parto de Edimburgo) no terceiro mês, as participantes foram separadas em dois grupos: potencialmente deprimidas (N = 25) e não-deprimidas (N = 50). As 75 díades foram filmadas aos quatro meses durante, aproximadamente, três minutos. *Resultados*: (1) Mães com menor escolaridade, maior número de filhos e histórico de depressão anterior à gravidez tinham maiores probabilidades de apresentar DPP. (2) Foram encontradas as seguintes relações significativas: *a. Independentemente da DPP*: Bebês de mães que haviam planejado a gravidez, em média, vocalizaram mais; b. *Específicas de díades com DPP*: Quanto maior o número de outros filhos, menos as mães verbalizaram para seus bebês; e quanto maior o número de crianças (sem parentesco com o bebê) morando na mesma casa, mais os bebês vocalizaram para suas mães; e c. *Específica de díades sem DPP*: Quanto maior o número de outros filhos, mais os bebês vocalizaram para suas mães. (3) Apesar de as díades com e sem DPP não diferirem quanto à freqüência de comportamentos, a DPP teve um impacto diferencial nos arranjos interativos diádicos. Apenas as mães sem DPP apresentaram padrão correlacionado de verbalização, sorriso e olhar dirigido para seus bebês; enquanto, seus bebês, também apresentaram padrão correlacionado de vocalização, sorriso, olhar e ausência de choro em resposta às suas mães. (4) A Análise Fatorial agrupou os comportamentos interativos das mães e dos bebês segundo três fatores: 1. “Afetividade positiva diádica” (sorriso da mãe; sorriso, vocalização e ausência de choro do bebê); 2. “Olhar do bebê para o toque da mãe” (toque da mãe; olhar do bebê para mão da mãe e ausência de contato de olhar do bebê); 3. “Verbalização da mãe dirigida ao bebê” (olhar e verbalização da mãe). (5) Para a amostra geral, a distribuição das freqüências dos estilos interativos maternos foi a seguinte: boa interação (57,3%), intrusivas (33,3%) e retraídas (9,3%). (6) Somente mães sem DPP retraídas olharam e verbalizaram menos para seus bebês quando comparadas às demais. *Conclusão:* A ausência de diferenças entre as médias dos comportamentos exibidos pelas díades em função da DPP aponta para a existência de mecanismos compensatórios maternos (“luta contra a indisponibilidade emocional” e “fator de proteção do bebê”). A DPP parece capaz de perturbar os arranjos interativos tornando-os menos consistentes. Porém, apesar desta possível limitação, por vezes, mães com DPP podem interagir adequadamente com seus bebês. Por fim, a DPP por não se tratar de um fenômeno capaz de incidir linearmente sobre a interação mãe-bebê, e sobre o desenvolvimento infantil posterior, deve ser investigada em associação com outros fatores psico-sociais de risco.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Relação mãe-criança; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

DEFELIPE, R. P. **Analysis of postpartum depression effect on mother-infant interaction via behavioral categories and maternal interaction styles.** 2009. 156 f. Dissertation (Master). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Introduction: This study is part of a longitudinal research concerning postpartum depression (PPD), its possible causes and consequences for the mother-infant interaction and also for the infant development (Projeto Temático da FAPESP). The participants were first examined during their third trimester of pregnancy and the mother-infant dyads were evaluated two days after the birth and also when the infants were 3-4 months of age. When the infant was 4 months old, certain behavioral categories (eye contact, smile, touch, verbalization/vocalization and cry), present in the mother-infant interaction, were examined due to the presence of PPD indicators. The maternal interactive styles (intrusive, withdrawn, and good interaction) were also examined based on Field Protocol (FIELD et al., 2003). *Methods:* Using the EPDE (Escala Pós-parto de Edimburgo) in the third month postpartum, the participants were separated in two groups: potentially depressed (N=25) and non-depressed (N=50). Four months after delivery, the 75 dyads were recorded for about 3 minutes. *Results:* (1) Mothers with less scholarity, with higher number of offspring, and with a history of depression before pregnancy had a higher probability of presenting PPD. (2) The following significant associations were found for: *a) PPD and non PPD dyads:* babies from mothers who had planned their pregnancy, in average, vocalized more; *b) PPD dyads:* the higher the number of offspring, the less mothers verbalized to their babies and the higher the number of non-related children, living in the same house, the more babies vocalized to their mothers; *c) Non-PPD dyads:* the higher the number of offspring, the more babies vocalized to their mothers**.** (3) In spite of PPD and non PPD dyads having not differed in relation to the frequency of behavior, PPD dyads had a differential impact on dyadic interactive arrangements. Only non-PPD mothers showed a correlated pattern of verbalization, smile, eye contact to their babies, and their babies also showed correlated pattern of vocalization, smile, eye contact and absence of cry to their mothers. (4) The factorial analysis classified the mother-infant behavior according to three factors: 1) “Dyadic positive affection” (mother’s smile, infant’s smile and vocalization, and absence of infant’s cry); 2) “Infant’s gaze to mother’s hands” (mother’s touch; infant’s gaze to the mother’s hands, and absence of infant’s eye contact); 3) “Maternal verbalization to the baby” (mother’s eye contact and verbalization). (5) To the general sample, the distribution of the frequencies of maternal interactive styles was as follows: good interaction (57,3%), intrusive (33,3%), and withdrawn (9,3%). (6) Only withdrawn non-depressed mothers kept eye contact and verbalized less to their babies when compared to the others. *Conclusion:* The absence of differences among the behavior averages showed by the dyads due to PPD points to the existence of maternal compensatory mechanisms (“to fight against emotional unavailability” and “infant’s protection factor”). PPD seems to be able of disturbing the interactive arrangements making them less consistent. However, despite this possible limitation, PPD mothers can sometimes interact accordingly with their babies. Finally, PPD, for not being a phenomenon able to occur linearly upon the mother-infant interaction, and also upon the infant development, should be investigated in association with other risky psycho-social factors.

Key-words: Postpartum depression; Mother-infant interaction; Child development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de DPP em diferentes países (adaptada de HALBREICH & KARKUN, 2006)..... 08

Tabela 2 – Prevalência de DPP em diferentes regiões do Brasil e em diferentes bairros da capital paulistana (adaptada de SILVA, 2008)..... 09

Tabela 3 – Diferentes canais comunicativos perturbados em face da DPP..... 26

Tabela 4 – Médias e distribuições de variáveis demográficas para mães potencialmente com e sem DPP..... 45

Tabela 5 **–** Etapas utilizadas pelo Projeto temático e pelo presente estudo.....47

Tabela 6 – Estatísticas descritivas das variáveis métricas pesquisadas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).....56

Tabela 7 - Estatísticas descritivas das variáveis categóricas pesquisadas (tamanho da amostra, freqüência e porcentagem)..... 57

Tabela 8 - Correlações de Pearson por variável categórica entre observadores. Todas as correlações foram significativas ($p < 0,001$). N = 21.....61

Tabela 9 - Escore médio de categorias comportamentais exibidas entre as díades com e sem DPP.....61

Tabela 10 - Freqüência relativa de estilos interativos maternos exibidos entre as mães com e sem DPP..... 62

Tabela 11 - Distribuição dos diferentes estilos maternos em função da DPP.....66

Tabela 12 - Correlações de Pearson entre as categorias comportamentais das mães e dos bebês entre díades com e sem DPP..... 68

Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis métricas significativas nas ANOVAs.....69

Tabela 14 - Correlações de Pearson entre os fatores contextuais e as categorias comportamentais das mães e dos bebês.....73
Tabela 15 - Cargas fatoriais referentes às categorias comportamentais em cada fator, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,0 e rotação Varimax..... 74
Tabela 16 - Comparação do estudo de Malphurs et al. (1996) com o presente estudo (2009) em relação à freqüência de toque exibida por mães (com e sem DPP) intrusivas, retraídas e boa interação.....107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da amostra quanto à pontuação na EPDE.....45

Figura 2 – Fotografia da interação diádica face-a-face..... 47

Figura 3 – Média do olhar da mãe entre os três diferentes estilos interativos.....65

Figura 4 - Média da verbalização da mãe entre os três diferentes estilos interativos..... 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA Análise Univariada de Variância.

BDI Beck Depression Inventory.

CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª revisão.

CSEB Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa.

DIS Diagnostic Interview Schedule.

DPP Depressão pós-parto.

DSM-III Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios mentais, 3ª edição.

DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios mentais, 4ª edição.

EPDE Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (versão validada no Brasil).

EPDS Edinburgh Posnatal Depression Scale.

FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

HAM-D Hamilton Depression Scale.

HU-USP Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

IPUSP Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

IRS Interaction Rating Scale.

MANOVA Análise Multivariada de Variância.

PAS-SR Diagnosis of Panic Disorder Spectrum.

PDSS Postpartum Depression Screening Scale.

RDC Research Diagnostic Criteria.

SADS Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia.

SPSS Statistical Package for Social Sciences.

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS Unidade Básica de Saúde.

Zung Zung Self-Assessment Depression.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
1. O CASO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	04
1.1 Transtornos puerperais	04
1.1.1 Depressão Pós-parto (DPP)	06
1.1.1.1 Definição	06
1.1.1.2 Surgimento e sintomas	06
1.1.1.3 Cronicidade e terapêutica	07
1.1.1.4 Prevalência	07
1.1.1.5 Fatores de risco	10
1.1.1.6 DPP: depressão diferencial?	12
2. TROCAS INTERATIVAS	15
2.1 Contribuições da Etologia para o estudo da interação mãe-bebê	15
2.2 A interação mãe-bebê: um processo comunicativo bidirecional	18
2.3 A relevância das expressões faciais, vocais e táteis	21
3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ	25
3.1 Perturbação simulada e oriunda da DPP	27
3.1.1 Perturbação simulada da DPP	27
3.1.2 Perturbação oriunda da DPP	29
3.2. Diferentes estilos interativos maternos e infantis	33
3.3. Conseqüências para o desenvolvimento infantil	36
4. OBJETIVOS, HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	38
4.1 Objetivos	38
4.2 Hipóteses	38

4.3 Justificativa do estudo 41

5. MÉTODO 44

5.1 Participantes 44

5.2 Procedimento geral 46

5.3 *Setting* e Procedimento de Observação 47

5.4 Instrumentos 48

5.4.1 Entrevistas estruturadas 48

5.4.2 Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) 49

5.4.3 Análise de Categorias Comportamentais 51

5.4.4 Análise de Estilos Interativos Maternos 53

5.5 Análise Estatística 54

6. RESULTADOS 56

PARTE I: Características gerais da amostra 56

6.1 Variáveis sócio-demográficas, reprodutivas, obstétricas, psiquiátricas e infantis 58

6.2 Concordância entre observadores referente à análise de Categorias Comportamentais 60

6.2.1 Análise de categorias comportamentais das mães e dos bebês 61

6.3. Concordância entre observadores referente à análise de Estilos Interativos Maternos 62

6.3.1 Análise de Estilos interativos maternos 62

PARTE II: Características específicas da amostra 63

6.4 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês 63

6.5 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre os fatores

contextuais 68

6.6 Relação entre os fatores contextuais e as categorias comportamentais para díades com e sem DPP 71

6.7 Fatores obtidos a partir das categorias comportamentais das mães e dos bebês 73

7. DISCUSSÃO 75

7.1 Apresentação dos resultados gerais 75

7.2 Discussão dos resultados encontrados 76

7.2.1 Fatores contextuais associados à DPP 76

7.2.2. Correlação de fatores contextuais e categorias comportamentais para díades com e sem DPP 82

7.2.3 Efeito da DPP sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês 86

7.2.3.1 Freqüência relativa de categorias comportamentais 86

7.2.3.2 Correlação entre as categorias comportamentais para díades com e sem DPP 92

7.2.4 Agrupamento das categorias comportamentais das mães e dos bebês em fatores 95

7.2.5 Efeito da DPP sobre os estilos interativos maternos 98

7.2.6 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês 101

8. CONCLUSÃO 110

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 113

10. ANEXOS 128

ANEXO A – Questões selecionadas da 1ª, 2ª e 3ª entrevistas 128

ANEXO B – Instrumento utilizado na primeira entrevista

(último trimestre de gestação) 130

ANEXO C – Instrumento utilizado na segunda entrevista

(dois dias após o parto) 137

ANEXO D – Instrumento utilizado na terceira entrevista

(entre dois e quatro meses) 142

ANEXO E – Protocolo de Freqüência de Comportamentos

Interativos Mãe-bebê - Situação face-a-face (BRUM, 2005) 147

ANEXO F – Protocolo de Observação de Categorias Comportamentais 148

ANEXO G – Protocolo de Observação dos Estilos Interativos Maternos 149

ANEXO H – Definições operacionais que dão suporte à análise de

estilos interativos maternos 150

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo 151

ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da

Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo 152

ANEXO L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 154

APRESENTAÇÃO

Na sociedade em que vivemos a gravidez, o parto e o período de criação de uma criança são acontecimentos especiais que, de acordo com o senso comum, envolvem muita felicidade para as partes envolvidas, principalmente para a mãe. Entretanto, este período do ciclo vital feminino, por ser muito sensível, pode estar associado ao surgimento de problemas emocionais nos pais.

A depressão associada ao nascimento de um bebê é conhecida como depressão pós-parto (DPP). Este quadro se caracteriza por um conjunto de sintomas que incluem: irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e outras queixas psicossomáticas (SCHWENGBER & PICCININI, 2003). A DPP surge, geralmente, nas primeiras semanas pós-parto, perdurando até, aproximadamente, o primeiro ou segundo ano de vida do bebê. Têm sido encontradas prevalências [1] de quase 0% a cerca de 60% de DPP em diferentes regiões do mundo (HALBREICH & KARKUN, 2006).

A qualidade das primeiras interações entre a mãe e o bebê é essencial para o estabelecimento de um vínculo afetivo eficaz e de um desenvolvimento infantil adequado. A DPP pode repercutir negativamente no estabelecimento destas primeiras interações mãe-bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (TRONICK & WEINBERG, 1997).

Os potenciais prejuízos ocasionados pela DPP para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil, bem como os índices relativamente altos de prevalência em diversas culturas, apontam para a sua relevância social e justificam a sua investigação científica.

---

[1] Proporção da população que apresenta uma dada doença.

Desta maneira, o projeto temático da FAPESP (No. 06/59192) foi criado para investigar a DPP de maneira longitudinal e multicêntrica. Intitulado de "Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas conseqüências", este projeto é coordenado pelas Profas. Dras. Emma Otta e Vera Silvia Raad Bussab (IPUSP[2]), e pela Dra. Maria Teresa Zullini da Costa, da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário (HU-USP[3]). Além das coordenadoras, este projeto envolve pesquisadores de várias unidades da Universidade de São Paulo (Instituto de Psicologia, Instituto de Biociências, Instituto de Ciências Biomédicas, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, e Hospital Universitário), de uma Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde Escola Butantã), do Instituto de Saúde de São Paulo e do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Por fim, este projeto possui dois eixos norteadores: 1) investigar potenciais fatores causais da DPP (gênese), e 2) investigar possíveis efeitos da DPP na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil (conseqüências). Nesse sentido, o presente estudo, parte integrante do projeto temático supracitado, se enquadra no segundo eixo ao examinar o papel da DPP na interação mãe-bebê no início do primeiro ano de vida (quatro ou cinco meses após o parto).

A seguir serão descritos os principais assuntos abordados em cada capítulo deste estudo.

Capítulo 1: aborda os possíveis transtornos de humor ocorridos no período puerperal dando ênfase à DPP.

Capítulo 2: trata da importância que a Etologia possui para o estudo da interação mãe-bebê; discorre sobre a interação mãe-bebê como um processo comunicativo bidirecional; e, enfatiza a relevância das categorias comportamentais selecionados para o presente estudo (olhar, sorriso, verbalização/vocalização, toque e choro).

---

[2] Instituto de Psicologia da USP
[3] Hospital Universitário da USP

Capítulo 3: explora os estudos clássicos de perturbação simulada e oriunda da DPP; discorre sobre as inconsistências entre os estudos que versam sobre os efeitos da DPP na interação mãe-bebê; descreve os diferentes estilos interativos maternos e infantis; e aponta as possíveis conseqüências da DPP para o desenvolvimento infantil.

Capítulo 4: trata dos objetivos, hipóteses e justificativa do estudo.

Capítulo 5: descreve o método utilizado.

Capítulo 6: descreve os resultados.

Capítulo 7: trata sobre a discussão do estudo.

Capítulo 8: apresenta a conclusão do estudo.

Capítulo 9: descreve as referências bibliográficas.

Capítulo 10: expõe os anexos utilizados.

1. O CASO DEPRESSÃO PÓS-PARTO

1.1 Transtornos puerperais

O período puerperal ou pós-parto representa o palco dos primeiros contatos entre o bebê e o ambiente que o rodeia. Neste período, a principal via de comunicação do recém-nascido com o mundo social é representada, na maioria das vezes, pela figura materna. A aquisição de uma matriz social é fundamental para o bebê desde o início da vida, pois exerce um papel essencial em seu desenvolvimento social, afetivo, motor e cognitivo (TRONICK & WEINBERG, 1997).

As mulheres passam por transformações típicas durante o puerpério, tais como, aprender a lidar com novas demandas (filhos; novas tarefas) e se perceber com um novo status social (de filha para mãe; de profissional atuante para atuar como mãe). Esta fase também é caracterizado por grandes alterações hormonais. Este conjunto de alterações e transformações femininas está relacionado à vulnerabilidade típica do período (FRIZZO & PICCININI, 2005). Para os filhos esta fase é também muito sensível. Suas necessidades e limitações referentes à integração do sistema neuro-psico-motor ainda em desenvolvimento, requerem ampla disponibilidade do cuidador para a apropriação de suas primeiras experiências pós-parto (TRONICK & WEINBERG, 1997).

Nesse contexto, fatores de risco capazes de prejudicar a integração mãe-bebê ganham uma importância especial durante o período puerperal. Dentre os possíveis fatores de risco, podemos destacar os transtornos de humor típicos deste período do ciclo reprodutivo feminino, a saber: 1) melancolia da maternidade ou "*baby blues*"; 2) psicose puerperal e 3) depressão pós-parto (SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005).

A *melancolia da maternidade* é caracterizada por um curto período de emoções voláteis que começam a aparecer por volta do segundo ao quinto dia após o parto. Os sintomas observados são: choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração e ansiedade relacionada ao bebê. Este quadro apresenta, geralmente, remissão espontânea entre uma semana a dez dias (SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005; SILVA & BOTTI, 2005). Tende a ocorrer em, aproximadamente, 70% a 90% das puérperas (FRIZZO & PICCININI, 2005). A melancolia da maternidade tem sido entendida como um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dito, referente a mudanças neurofisiológicas normais do puerpério (NAJMAN, ANDERSEN & BOR, 2000; FRIZZO & PICCININI, 2005).

A *psicose puerperal* é uma desordem psiquiátrica rara e grave que se inicia abruptamente nas primeiras duas ou três semanas após o parto. Os sintomas característicos são: confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, podendo evoluir para formas maníacas, melancólicas e até mesmo catatônicas (FRIZZO & PICCININI, 2005; SILVA & BOTTI, 2005). A mãe pode apresentar episódios psicóticos no pós-parto, com delírios de possessão envolvendo o bebê, o que em casos extremos, está altamente associado com infanticídio (SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005). As formas de tratamento possíveis para este transtorno são a psicoterapia, a farmacologia, a eletroconvulsoterapia[2], além de existirem alguns casos especiais que exigem internação (SILVA & BOTTI, 2005; SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005). A prevalência deste quadro é de, aproximadamente, 0,1% a 0,2% das puérperas (SILVA & BOTTI, 2005; SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005; BRUM & SCHERMANN, 2006).

Após descrever resumidamente estes dois transtornos, daremos ênfase ao transtorno depressivo pós-parto, objeto do presente estudo.

[2] Tipo de tratamento biológico para transtornos mentais altamente eficaz e extremamente seguro.

1.1.1 Depressão Pós-parto (DPP)

1.1.1.1 Definição

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental associado ao período puerperal, especificado nos sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria, como o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª. revisão) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª. edição). O CID-10 se refere aos transtornos puerperais em geral, incluindo a DPP, como síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos, ou ainda, como doenças mentais ou doenças do sistema nervoso central que complicam o puerpério (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006). Segundo o DSM-IV, a DPP é um distúrbio de humor de grau moderado a severo, particular ao quadro clínico do Episódio Depressivo (BALLONE, 2005), caracterizado pelo especificador "com início no pós-parto" (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006).

1.1.1.2 Surgimento e sintomas

Segundo o CID-10, a DPP tem início até a sexta semana após o parto e, de acordo com o DSM-IV, até a quarta semana pós-natal (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006). Embora isto seja estabelecido pelos manuais diagnósticos, de acordo com Frizzo & Piccinini (2005) alguns pesquisadores acreditam que a DPP possa surgir em outros momentos do primeiro ano pós-parto e não, necessariamente, nas primeiras semanas. Os sintomas observados são: humor deprimido; alterações no apetite com conseqüente perda ou ganho de peso; alterações no sono com conseqüente insônia ou hipersônia; dificuldades de dormir

especialmente após amamentar o bebê; agitação ou retardo psicomotor; crises de choro; desinteresse sexual; problemas de concentração; falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis; idéias suicidas e sentimentos de culpa (HAGEN, 1999; SCHWENGBER & PICCININI, 2003; FRIZZO & PICCININI, 2005).

1.1.1.3 Cronicidade e terapêutica

A DPP se manifesta em semanas ou meses após o parto (SILVA & BOTTI, 2005), podendo se estender por um período de seis meses a um ano (FRIZZO & PICCININI, 2005). Existem autores que acreditam que a DPP pode persistir por mais de um ano (SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005) ou dois (CORREIA, 2006). Desta forma, há certa variabilidade quanto ao período em que a DPP se inicia (item 1.1.1.2) e se encerra. Indica-se para o tratamento da DPP os mesmos métodos empregados no tratamento de depressões gerais correntes em outros períodos do ciclo feminino, tais como: psicoterapia, farmacologia e, em casos extremos, eletroconvulsoterapia (SILVA & BOTTI, 2005).

1.1.1.4 Prevalência

Grande parte da literatura sobre o tema indica que a DPP atinge entre 10% e 15% das mulheres (SCHMIDT, PICCOLOTO & M□LLER, 2005; HALBREICH & KARKUN, 2006). Entretanto, a prevalência para este transtorno pode variar de quase 0% a cerca 60% das mulheres avaliadas ao redor do mundo (HALBREICH & KARKUN, 2006). Diferentes médias de prevalências podem ser encontradas dependendo do país em que os estudos são realizados: 1) Estados Unidos da América, 15,4%; 2) Guiana, 57%; 3) Brasil, 42,8%; 4) Itália, 38,1%; 5) Chile, 37,4%; 6) África do Sul, 36,5%; 7) Taiwan, 34,5%; 8) Vietnã, 33%; 9) Índia,

32,4%; 10) Turquia, 29,8%; 11) Espanha, 17,4%; 12) Alemanha, 17,1% (HALBREICH & KARKUN, 2006) (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de DPP em diferentes países (adaptada de HALBREICH & KARKUN, 2006).

País	*Número de estudos*	*N*	*Instrumentos*	*Prevalência*
EUA	22	20 a 465	BDI, EPDS, DSM-III, SADS, RDC, DSM-IV, CES-D, CID-10, DIS	15,4%
Guiana	1	93	EPDS	57%;
Brasil	1	21	EPDS	42,8%
Itália	4	21 a 113	EPDS, PSE, DSM, III-R, CID-10	38,1%;
Chile	7	60 a 1025	GHQ-30, DSM-III, EPDS, PAS, RDC, CES-D	37,4%;
África do Sul	3	103 a 147	MADRS, EPDS, DSM-IV	36,5%
Taiwan	2	97 a 186	EPDS	34.5%
Vietnã	1	506	EPDS	33%
Índia	4	102 a 301	EPDS, CID-10	32,4%
Turquia	7	85 a 1.447	EPDS, CID-10, BDI, Zung	29,8%
Espanha	2	190 a 1.201	EPDS, CID-10	17,4%
Alemanha	2	110 a 772	EPDS, CID-10, HAM-D, DSM-IV	17,1%

Diferentes prevalências também podem ser encontradas dentro do mesmo país. O Brasil merece destaque especial, pois tem diferentes realidades sócio-econômicas que, provavelmente, se refletem nas diferentes prevalências encontradas. Como exemplos, podemos citar trabalhos realizados em diferentes regiões brasileiras, além de citar o projeto temático longitudinal realizado na mesma região (SP), porém em dois hospitais com diferentes realidades sócio-econômicas (Hospital Universitário e Hospital Albert Einstein): 1) Pelotas, 19,1%; 2) Brasília, 13,4% e 22,2%; 3) São Paulo, 15,9%, 36,8%, 37,1% (SILVA, 2008), 25,6% e 8,5% (VIEGAS, no prelo) (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de DPP em diferentes regiões do Brasil e em diferentes bairros da capital paulistana (adaptada de SILVA, 2008).

Regiões brasileiras	*Autores e ano de publicação*	*N*	*Instrumentos*	*Prevalência*
Pelotas	Moraes, et al. (2006)	410	HAM-D	19,1%
Brasília (asa norte e arredores)	Santos, Martins & Pasquali (1999)	236	EPDE	13,4%
Brasília (asa norte)	Zaconeta (2004)	117	EPDE	22,2%
São Paulo (B. Butantã)	Faisal-Cury, et al. (2004)	113	BDI	15,9%
São Paulo (B. Butantã)	Skazufka (2000)	114	EPDE	36,8%;
São Paulo (B. Fazenda da Juta II e Jardim Sinhá)	Cruz, Simões & Faisal-Cury (2005)	70	EPDE	37,1%;
São Paulo (B. Butantã)	Projeto temático (H.U) (no prelo)	235	EPDE	25,6%
São Paulo (B. Morumbi)	Projeto temático (Albert Einstein) (no prelo)	270	EPDE	8,5%

Este amplo espectro de prevalências para DPP também pode estar relacionado aos diferentes procedimentos de pesquisa aplicados nos mais variados contextos encontrados ao redor do mundo. As diferenças referidas acima quanto à metodologia de pesquisa se devem: 1) aos diferentes números amostrais; 2) aos diversos métodos usados para o diagnóstico (escalas de auto-avaliação diferentes, como a EPDS[4] e o BDI[5], ou diagnóstico realizado por profissional de saúde); e 3) aos diferentes períodos usados na aplicação das escalas auto-avaliativas ou das intervenções do profissional de saúde (desde uma semana até um ano pós-parto). Além destes fatores, são encontradas ainda diferenças quanto à própria definição e expressão da DPP.

O uso de métodos diagnósticos "ocidentais", por exemplo, pode ser culturalmente insensível, aumentando ou diminuindo a prevalência justamente por não se adequar à realidade de outros povos "não-ocidentais". Além disso, a tradução dos materiais de estudo, geralmente, do inglês para línguas nativas segue a hipótese de que os itens têm o mesmo significado psicológico para todos os sujeitos. Desta forma, muitos estudos têm usado amostras pouco representativas da população global como coortes de mães brancas, casadas,

[4] *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (*EPDS*) (COX, HOLDEN, & SAGOVSKY, 1987).
[5] *Beck Depression Inventory (BDI*), utilizado para depressão geral, contendo itens de sintomas físicos que se confundem com um quadro normal de gravidez.

de classe média. Um pequeno número de investigações é representativo da população como um todo (HALBREICH & KARKUN, 2006).

Além destes fatores metodológicos existem fatores ambientais e culturais que influenciam a DPP. Como exemplo, podemos citar diferenças que ocorrem quanto: 1) sistemas públicos de saúde e qualidade de cuidado despendida por eles; 2) costumes religiosos; 3) hábitos nutricionais; 4) nível de suporte social real ou percebido pela mãe; 5) pobreza; 6) estresse; 7) histórico afetivo durante a infância com a própria mãe; 8) atitudes relativas à gravidez e maternidade; 9) atitudes referentes às doenças mentais e 10) papéis assumidos pelos sexos feminino e masculino na sociedade (HALBREICH & KARKUN, 2006).

Em suma, independentemente das causas destas variações, o perfil da prevalência de DPP na população evidencia sua relevância como um problema de saúde pública, além de levantar questões a respeito de sua concepção como patologia.

1.1.1.5 Fatores de risco

As variações na taxa de prevalência, controladas as questões metodológicas de uso de instrumentos apropriados, remetem para a investigação dos fatores de risco subjacentes. Estudos experimentais têm demonstrado relações consistentes entre determinados fatores e doenças (REGO et al., 1990). Estas relações não implicam causalidade, mas indicam quais variáveis estão associadas com a ocorrência e intensidade de determinado distúrbio, como por exemplo, a DPP (SILVA, 2008). Estes fatores associados podem ser chamados de fatores de risco. Falemos dos fatores de risco para DPP.

Em um estudo de revisão da literatura, Robertson et al. (2004) encontraram três conjuntos de fatores de risco maternos considerados preditivos da DPP em função de sua

magnitude. Como fatores de *risco forte a moderado* foram encontrados: 1) depressão ou ansiedade durante a gravidez; 2) história passada de doença psiquiátrica; 3) eventos de vida estressantes, tais como morte de uma pessoa querida, divórcio e perda do emprego; e 4) baixo suporte social, considerando o suporte fornecido pelo companheiro, parentes, amigos ou associados. Como fatores de *risco moderado* foram encontrados: 1) neuroticismo, como uma das variáveis do funcionamento negativo da personalidade (OLIVEIRA, 2002), caracterizado por nervosismo, timidez ou pessimismo; e 2) relação marital problemática. Por fim, foram considerados fatores de *risco fraco*: 1) fatores obstétricos (complicações relacionadas à gravidez tais como pré-eclampsia[6], hipemerese[7], assim como complicações relacionadas ao parto, tais como cesariana, parto instrumental, parto prematuro e hemorragia); e 2) status sócio-econômico. Outros fatores como idade materna, nível de escolaridade, número de partos e tempo de relação com o parceiro não foram considerados significantes enquanto preditores da DPP. Entretanto, os fatores preditivos podem variar dependendo do estudo. Beck (2002) traçou um perfil de risco para diagnosticar mulheres propensas à DPP e encontrou os seguintes aspectos: elas seriam, em sua maioria, solteiras, ou, se casadas, estariam insatisfeitas com o marido; teriam um *status* sócio-econômico baixo; baixa auto-estima; história prévia de depressão; teriam vivenciado no ano anterior à sua gravidez eventos de vida estressantes, incluindo estresse oriundo da criação de outros filhos ou crianças; não teriam sua gravidez planejada nem desejada; vivenciariam ansiedade ou depressão durante a gravidez; após o parto, vivenciariam melancolia da maternidade; descreveriam seus bebês como crianças difíceis e irritadiças; e, por fim, não sentiriam suporte adequado vindo de potenciais parceiros, famílias e amigos. Silva (2008), por sua vez, encontrou quatro fatores de risco para DPP: 1) histórico de depressão anterior à gravidez; 2) ambiente familiar empobrecido durante a

[6] Caracteriza-se pela elevação da pressão arterial e pelo inchaço nas pernas ou no corpo inteiro, a partir da 20ª semana de gestação. Vasos sanguíneos ficam contraídos, diminuindo o suprimento de sangue e oxigênio ao feto, à placenta, aos rins, ao fígado, aos olhos, ao cérebro e a outros órgãos da mulher.
[7] Náusea e vômito excessivo durante a gravidez.

infância da mãe; 3) maior grau de conflito com o companheiro; e 4) maior número de pessoas morando na mesma cada da mãe.

Além dos fatores de risco maternos, devem ser considerados ainda fatores de risco infantis. Murray e Cooper (1997a) consideraram que "menor desempenho motor em escalas de desenvolvimento" e "alta irritabilidade" do bebê estavam altamente ligados à DPP e ao comportamento menos eficaz em interações face-a-face aos dois meses de idade da criança. Desta forma, fatores de riscos maternos e infantis devem ser analisados conjuntamente, pois ambos possuem relação com a ocorrência de DPP.

1.1.1.6 DPP: depressão diferencial?

O adjetivo "pós-parto" implicitamente perpetua uma distinção conceitual entre a depressão puerperal e a depressão fora do puerpério. Há muita discussão a respeito da condição singular da DPP. Existem três linhas principais de pensamento: 1) aquela que argumenta que o diagnóstico pós-parto é distinto; 2) outra que insiste que a DPP não pode ser diferenciada; e 3) uma terceira que é ambivalente quanto a esta questão.

Whiffen (1992) realizou uma revisão baseada em 24 estudos publicados entre 1964 e 1991 com o intuito de comparar a DPP e a depressão geral. Esta comparação considerou vários aspectos referentes ao diagnóstico da depressão, entre eles, sintomatologia, prevalência, curso, duração e etiologia. A autora concluiu que a DPP possui aspectos característicos de uma depressão distinta. Estes aspectos seriam: 1) a taxa mais elevada de depressão no pós-parto comparada a outros momentos do ciclo vital feminino; 2) a menor severidade e a remissão mais rápida característica dos distúrbios do pós-parto frente a outras depressões gerais; e 3) o fato de "ideação suicida" ser um sintoma menos comum entre as puérperas. Todos estes achados confirmam a hipótese de que o parto e o pós-parto

predisporiam as mulheres de maneira singular à depressão, corroborando a visão de que a DPP é uma depressão distinta.

Entretanto, estes aspectos se referem unicamente à severidade. A severidade é apenas um dos pilares responsáveis pela construção do diagnóstico. Portanto, afirmar que a DPP deve ser diagnosticada diferentemente somente se baseando neste aspecto, pode ser errôneo. A autora chegou a esta conclusão porque outras evidências contradizem a hipótese de depressão diferencial. A primeira é que histórico de problemas emocionais, especialmente de depressão, é um fator de risco tanto para DPP quanto para outro tipo de depressão. Outros fatores, tais como eventos de vida negativos e baixo suporte social (tanto do marido como de outras pessoas da rede social), parecem também estar envolvidos na etiologia tanto da DPP quanto da depressão geral. Assim, estudos etiológicos têm levantado a possibilidade de que a DPP somente acontece porque o pós-parto é um período especialmente estressante. Portanto, durante o ciclo de vida feminino existiriam outros eventos estressantes que também poderiam deflagrar depressão, tais como: separação, morte de uma pessoa querida e/ou desemprego.

Sendo assim, a autora acredita que a imposição de uma distinção artificial entre a DPP a depressão fora do puerpério tem confundido a literatura e tem, inclusive, prejudicado as possíveis intervenções necessárias para o tratamento de mulheres que sofrem de DPP. Por fim, ela afirma que tanto pesquisa quanto prática se beneficiariam se a visão de que a DPP é distinta fosse abandonada (WHIFFEN, 1992).

Enquanto Whiffen (1992) considera que a DPP se diferencia de outras depressões apenas devido à severidade, Bernstein et al. (2008), encontraram diferenças quanto à sintomatologia entre a depressão geral e a puerperal. O grupo que não vivenciava o puerpério relatou mais humor deprimido, maior ideação suicida e menor interesse pelas atividades rotineiras. Enquanto que o grupo puerperal apresentou menos humor deprimido, maior agitação psicomotora, maior prejuízo em concentrar-se e em tomar decisões. Portanto, estas

diferenças sintomatológicas foram suficientes para que os autores concluíssem que a DPP é uma depressão diferencial. Andrade, Viana e Silveira (2006) apesar de afirmarem que a DPP tem o mesmo quadro clínico da depressão que ocorre em outros momentos, acreditam que ela possuiria especificidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Wisner et al., em 1999, por sua vez, através da constatação de que mulheres com DPP tinham mais pensamentos de agressividade contra seus filhos do que mulheres deprimidas fora do puerpério, também concluíram que a DPP é uma depressão singular (CAMACHO et al., 2006).

Desta maneira, é fundamental estudar as peculiaridades da DPP assim como suas possíveis ligações com a Depressão geral. Entretanto, independentemente da DPP ser diferencial ou não, a literatura tem afirmado que ela pode possuir efeitos prejudiciais tanto para o estabelecimento das primeiras interações mãe-bebê quanto para o desenvolvimento infantil. Assim, torna-se necessário empreender pesquisas que investiguem pormenorizadamente a interação mãe-bebê e que acompanhem o desenvolvimento infantil, em função da presença ou ausência de DPP.

2. A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

2.1. Contribuições da Etologia para o estudo da interação mãe-bebê

A interação mãe-bebê tem sido amplamente estudada ao longo de, aproximadamente, cinco décadas, a partir do trabalho do psiquiatra infantil John Bowlby e seu grupo de pesquisa. Seus achados empíricos baseados nas respostas dos bebês frente à ausência (total ou parcial) de suas mães encontraram suporte teórico na Etologia ou, mais especificadamente, nos trabalhos do etólogo Konrad Lorenz e do psicólogo Harry Harlow (AINSWORTH & BOWLBY, 1991).

Konrad Zacharias Lorenz, em 1935, demonstrou que infantes de patos, marrecos e gansos fixavam-se à imagem da primeira figura (geralmente a materna) com quem entravam em contato após a eclosão dos ovos. Após este primeiro contato, estes infantes mantinham proximidade com esta figura durante todo o estágio inicial de desenvolvimento (NUNES, FERNANDES & VIEIRA, 2007). A "estampagem", nome com o qual Lorenz cunhou este fenômeno, seria um tipo de aprendizagem precoce e irreversível.

Passados alguns anos, em 1959, o vínculo precoce mãe-filhote foi originalmente estudado em mamíferos pelo psicólogo Harry Harlow. Este autor descreveu que os infantes de macacos *rhesus* preferiam um modelo representativo de um cuidador (possível mãe) feito de tecido sem fonte alimentícia, ao invés de um modelo confeccionado com arame que continha uma espécie de mamadeira. Além disso, ainda pôde observar que o vínculo proveniente da interação mãe-filhote era essencial para a saúde mental e para o desenvolvimento adequado dos infantes ao longo de sua história de vida (DE TONI et al., 2004).

As evidências supracitadas forneceram três certezas a John Bowlby: 1) a vinculação afetiva era uma necessidade primária[8], ao contrário do paradigma estabelecido na época que a considerava secundária; 2) a demonstração de estresse frente à separação e a busca de proximidade dos infantes de macacos *rhesus* com suas mães, durante períodos de reencontro mãe-filhote, eram comparáveis aos comportamentos observados em crianças; e 3) a abordagem naturalística da etologia era análoga ao método que ele acreditava ser mais eficaz na clínica (AINSWORTH & BOWLBY, 1991).

Inspirado nestes estudos etológicos demonstrativos da natureza primária da formação de vínculos, John Bowlby elaborou a Teoria do Apego, aprofundada mais tarde por Mary Ainsworth, psicóloga-membro de seu grupo de pesquisa (AINSWORTH & BOWLBY, 1991). O apego ou a vinculação afetiva seria uma ligação pré-programada, próxima e forte estabelecida entre os principais cuidadores e os infantes da maioria das espécies animais (ZAMBERLAN, 2002).

Como a vinculação afetiva pais-prole parece ter sido decisiva para a sobrevivência dos indivíduos, tanto filhotes quanto progenitores adquiriram aparatos co-evoluídos para "pedir cuidado" e para "cuidar", respectivamente. Bebês precisam atrair, manter a atenção e a motivação para que seu meio social os proteja. Para tal, os bebês possuem um dispositivo cunhado de "*babyness*" (*Kindchenschema*) que reúne características neotênicas como: cabeça grande quando comparada ao corpo, face arredondada, olhos grandes e testa proeminente. Estas características bloqueiam a agressão e eliciam emoções positivas e motivação protetora em diferentes espécies animais (KELLER, 2007).

Bebês via *"babyness"* expressam comportamentos de apego ou ligação desde o nascimento, comunicando estresse através do choro e emoções positivas ao estabelecerem contato de olhar, sorriso e vocalização. Bowlby (1984) elencou comportamentos como chorar,

[8] Na época de Bowlby se acreditava que o impulso primário seria expresso pela satisfação das necessidades orais, tais como alimentação e cuidados básicos. Enquanto que o impulso secundário seria representado pela satisfação das necessidades afetivas.

fazer contato visual, agarrar-se, aconchegar-se e sorrir como constituintes do repertório de apego. Assim, desde cedo, bebês buscam trocas interativas com seus cuidadores. Estas trocas se dão através: 1) do estabelecimento do contato de olhar; 2) de sorrisos que surgem como resposta à fala ou outros comportamentos afetuosos; 3) da identificação de faces, vozes e odores (especialmente da própria mãe); 4) do conforto que descobrem no colo e no toque, principalmente materno; 5) da imitação de expressões faciais e 6) da sincronicidade [9] interativa (BUSSAB, 2000).

Os comportamentos de apego se referem a um conjunto de condutas inatas exibidas pelo bebê que promove o estabelecimento ou a manutenção da proximidade com sua principal figura provedora de cuidados (BOWLBY, 1984; KELLER, 2007). Este repertório comportamental infantil protege o bebê e propicia o estabelecimento de interações sociais que colaboram para um desenvolvimento saudável da criança (DE TONI et al., 2004).

Em contrapartida, os pais teriam desenvolvido um dispositivo que os predisporiam a serem pais. Este programa inato de cuidados parentais teria se desenvolvido filogeneticamente e seria fruto de co-evolução. O programa parental engloba os seguintes comportamentos: 1) estabelecer contato de olhar; 2) se utilizar do "*mamanhês*" (ou seja, falar num tom agudo, repetitivo, afetuoso e contingente às sinalizações infantis); 3) empregar elementos meta-comunicativos durante a interação (tais como entendimento, brincadeira, estimulação e modulação); e 4) ser responsivo, isto é, ser caloroso e se deixar guiar pelas reivindicações infantis. Esta predisposição dos progenitores às pistas infantis promove habilidades futuras no desenvolvimento infantil, tais como competência social e aquisição da linguagem (KELLER, 2007).

Por fim, a formulação teórica e empírica de Bowlby impulsionou o desenvolvimento de um grande número de estudos na área da interação mãe-bebê. Além de utilizar,

[9] Sincronicidade é definida como um "emparelhamento" entre as atividades das mães e dos bebês que promovem afetividade positiva mútua (SCHORE, 2001).

fundamentalmente, a observação como método de pesquisa, estes estudos têm, geralmente, o objetivo de investigar a qualidade da interação mãe-bebê, dando ênfase ao aspecto bidirecional desta relação (SCHWENGBER, 2002).

2.2 A interação mãe-bebê: um processo comunicativo bidirecional

O bebê desde cedo exibe motivações para se comunicar com pessoas, ou seja, desde muito precocemente está pronto para estabelecer estados intersubjetivos. Este ímpeto infantil é intrínseco à espécie humana. Além de agir frente a estímulos sociais, a criança é também estimulada a agir perante o mundo dos objetos. Esta ação, entretanto, somente se estabelece via relacionamentos intersubjetivos firmados pelo bebê (TRONICK & WEINBERG, 1997).

A condição para que haja engajamento, seja ele qual for, é que os estados internos dos bebês estejam regulados. Quando bebês não estão no seu equilíbrio homeostático (e.x., gripe) ou estão emocionalmente desregulados (e.x., estressados), devem alocar todos seus recursos para restabelecer o equilíbrio. Qualquer outra motivação concomitante a este processo regulatório, como por exemplo, motivações ligadas ao engajamento social, tenderão a promover certo nível de conflito (TRONICK & WEINBERG, 1997).

Além da auto-regulação realizada pelo organismo do bebê, o estado fisiológico, emocional e comportamental infantil é também regulado pelo cuidador. Sinais ativos (e.x., choro) e passivos (e.x., mudanças de cor) dos bebês auxiliam nos cuidados que os adultos devem empreender como bons cuidadores. A co-regulação diádica envolve tanto o sistema nervoso central (SNC) do bebê e os comportamentos que ele controla (e.x., expressões emocionais faciais e vocais), quanto as informações exibidas pelo cuidador (e.x., expressões faciais) (TRONICK & WEINBERG, 1997).

A co-regulação, ou seja, a auto-regulação infantil e a regulação realizada pelo cuidador, somente se estabelece através das interações, ou melhor, das "inter-ações" mãe-bebê (PICCININI et al., 2001). Isto implica um processo bidirecional, visto que a mãe e o bebê são peças interdependentes de um sistema único de comunicação afetiva. Esta comunicação por sinal é composta pelas emoções, pelos comportamentos e pelas negociações empreendidas pela díade (mãe-bebê; cuidador-bebê). Negociações estas que promovem êxito, falhas e reparações destas falhas durante os eventos interativos (TRONICK, 1989). O êxito obtido nestas interações depende, exclusivamente, da leitura acurada das mensagens enviadas pela díade.

Estas mensagens somente se tornam efetivas quando os bebês são capazes de responder às mudanças comportamentais expressivas de suas mães (KAYE & FOGEL, 1980). Esta resposta, entretanto, não envolve apenas uma discriminação de expressões faciais e vocais, mas, sobretudo o entendimento da mensagem social enviada pelos adultos (HAINS & MUIR, 1996). Embora o sucesso das trocas comunicativas dependa em primeiro lugar dos bebês, em segundo lugar depende dos pais. Isto acontece, pois assim como os bebês, os pais também possuem suas dificuldades e/ou limitações ao avaliar o significado emocional dos sinais emitidos pelos parceiros de interação (TRONICK, 1989).

As trocas comunicativas mãe-bebê são exibidas desde os primeiros momentos pós-parto até estágios mais avançados do desenvolvimento, ocorrendo através de: olhares, sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, aproximações e afastamento corporal, brincadeiras e choro (SEIDL DE MOURA et al., 2004). Em geral, cuidadores ao interagir com seus bebês costumam manter contato visual, sorrir, tocar e falar carinhosamente, dentre outros comportamentos (PAPOUŠEK & PAPOUŠEK, 1997). Em resposta, bebês sorriem, choram, ou exibem outras expressões faciais. Em suma, tanto os comportamentos dos cuidadores quanto dos bebês são capazes de promover cuidados e contato corporal. Isto

acontece porque estes comportamentos constituem pistas potentes capazes de ajustar e regular o comportamento dos parceiros de interação (SEIDL DE MOURA et al., 2008; TRONICK, 1989).

A literatura que versa sobre as interações precoces mãe-bebê afirma que a co-regulação é uma das características encontradas durante episódios interativos de "comunicação afetiva" (SEIDL DE MOURA et al., 2008; TRONICK, 1989). Ribas e Seidl de Moura (1999) ao acompanharem longitudinalmente (duas, 10, 15 e 21 semanas) a interação de um par mãe-bebê observaram que a díade, ao longo do tempo, passou a utilizar: 1) uma maior variedade de comportamentos; e 2) comportamentos mais parecidos. Na primeira observação (duas semanas), a mãe somente tocava e olhava o bebê. Já na segunda e na terceira observação (10 e 15 semanas) a mãe passou a falar, sorrir e mostrar objetos, além de apresentar uma maior porcentagem destes comportamentos. As mudanças nas atividades infantis foram semelhantes às mudanças maternas. Deste modo, houve, por parte do bebê, um aumento na porcentagem de sorrisos, vocalizações e na atividade de olhar para objetos. Na última observação (21 semanas), o repertório de atividades da mãe e do bebê foi bastante semelhante ao da observação anterior (15 semanas). Entretanto, neste último episódio, o bebê passou a olhar menos para a mãe e mais para o ambiente. Em suma, este estudo além de demonstrar as mudanças comportamentais diádicas ao longo do desenvolvimento, sugere que as atividades dos parceiros de interação são altamente sintonizadas e vinculadas. Em particular, as autoras verificaram que o sorriso e a vocalização, que costumam ocorrer conjuntamente com outras atividades, tendem a estimular a produção de uma resposta correspondente. O estudo de Tronick e Cohn (1989) é outro exemplo que acompanhou díades aos três, seis e nove meses de idade das crianças. Como resultados os autores encontraram que, aos três meses de idade, mais de 50% dos comportamentos das mães e mais de 39% dos comportamentos dos bebês eram influenciados pelo parceiro (TRONICK & WEINBERG,

1997). Sendo assim, as comunicações afetivas enviadas tanto pelo bebê quanto pela mãe mudam, efetivamente, a experiência emocional e comportamento de cada um dos participantes (TRONICK, 1989). Este ajuste mútuo ocorre desde muito cedo, demonstrando a natureza bidirecional da relação mãe-bebê.

2.3 A relevância das expressões faciais, vocais e táteis

O interesse pela expressão emocional remonta às investigações de Charles Darwin vistas em seu clássico "A expressão das emoções nos homens e nos animais" (1872). Para Darwin a capacidade de se comunicar por meio de sinais não-verbais deve ter evoluído do mesmo modo que outras estruturas anatômicas. Sendo assim, Darwin considerou extremamente importante documentar as semelhanças na natureza da expressão emocional através das espécies e das culturas humanas (KNAPP & HALL, 1999). Desde então, inúmeros estudos têm realizado este tipo de pesquisa.

Particularmente, a literatura que examina interações mãe-bebê tem grande interesse em estudar a expressão emocional. Isto porque as configurações afetivas são importantes para o entendimento das emoções. Emoções são consideradas "complexos tripartidos" compostos por expressões faciais, vocalizações e posturas corporais (WEINBERG & TRONICK, 1994). Sendo assim, a maioria da literatura da área costuma selecionar comportamentos da mãe e do bebê específicos, tais como olhar, sorriso, verbalização/vocalização, choro e toque.

a. Olhar

O olhar tem um importante papel para as interações humanas assim como de outras espécies animais. Olhar para outro indivíduo freqüentemente sinaliza disponibilidade e intenção de se engajar em uma interação social. Durante interações mãe-bebê ou cuidador-bebê, o olhar serve como um importante comportamento de apego. Ele também fornece ao

bebê uma das primeiras experiências de troca que formam o diálogo. A mãe, freqüentemente, diverge do padrão adulto de olhar, olhando quase que continuamente e mais prolongadamente para seu bebê. O olhar da mãe tem um forte efeito em manter o olhar do bebê e, vice-versa (MARQUETTE, 1999). E a literatura tem demonstrado que, até os seis meses de idade, bebês preferem olhar para faces, especialmente para a região dos olhos (BATKI et al., 2000).

b. Sorriso

Emoção positiva é uma característica central do desenvolvimento social (MESSINGER, FOGEL & DICKSON, 1999). O sorriso é apenas uma das muitas formas de expressão das emoções positivas. Sorrir funciona como um sinal de meta-comunicação indicando que o comportamento em curso é lúdico e não agressivo (OTTA, 1994). Sorrir como ação reflexa, ocorre cedo na vida. O primeiro sorriso social, porém, ocorre somente entre o segundo e o terceiro mês de vida (KNAPP & HALL, 1999). O sorriso infantil é uma exibição coordenada pelo cuidador. Bebês olham para suas mães sendo elas atenciosas ou não, mas somente sorriem para elas quando elas são atenciosas e sorridentes. Quando as mães param de sorrir, seus bebês, geralmente, param de sorrir também. A expressão do sorriso durante a interação mãe-bebê está relacionada ao desenvolvimento de apego seguro infantil, capaz de predizer competência social posteriormente na infância (SCHMIDT & COHN, 2001).

c. Verbalização/Vocalização

A linguagem humana é considerada o sistema mais especializado e adaptável de sinalização social (SCHMIDT & COHN, 2001). Os primeiros sons do bebê são emitidos desde o nascimento, sendo, geralmente, indiferenciados e reflexivos. Por volta dos três meses a criança entra no estágio do balbucio, começando a experimentar diferentes tonalidades, pausas, alturas e cadências dos sons. Os níveis de altura dos sons variam de acordo com o sexo dos pais (mais baixos para o pai e mais altos para a mãe) e conforme a ausência ou

presença dos pais durante os diálogos pais-bebê. Quando os bebês "conversam" com seus pais costumam emitir sons mais altos do que quando balbuciam sozinhos (KNAPP & HALL, 1999). Enquanto que os pais, ao "conversarem" com seus filhos costumam emitir uma fala lingüisticamente simplificada caracterizada por tons altos e entonação exagerada, conhecida como "*motherese*" ou "*mamanhês*". O "*mamanhês*" teria como funções primárias a eliciação e manutenção da atenção infantil, além da comunicação afetiva *per se* (FERNALD, 1985). Assim, pais e bebês enviam mensagens atencionais e afetivas através de suas verbalizações e/ou vocalizações.

d. Choro

Um tipo específico de vocalização muito investigada pelos estudos é o choro. O choro é um importante tipo de vocalização capaz de comunicar as necessidades e as condições de saúde do bebê (LOCKE, 2006). É um comportamento custoso muito eficaz para eliciar cuidado entre primatas em geral (SCHMIDT & COHN, 2001; LOCKE, 2006). Além disso, chorar pode representar estresse devido à separação física ou emocional dos pais (LUMMAA et al., 1998).

e.Toque

O tato é, provavelmente, a maneira mais básica de comunicação, podendo ser o primeiro processo sensorial a se tornar funcional (KNAPP & HALL, 1999). A importância do toque vem sendo enfatizada desde o estudo realizado por René Spitz, em 1946, que relatou que crianças que foram hospitalizadas e ficaram sem a estimulação tátil do cuidador por um período estendido, tiveram um crescimento físico e cognitivo empobrecido. Os achados de Harlow (1959) sobre a importância do contato em infantes de macacos *rhesus,* posteriormente, confirmaram a importância da interação tátil no desenvolvimento sócio-emocional de primatas. Bowlby e Ainsworth, em diferentes pesquisas realizadas na década de 60, concluíram que o tato seria importante para o estabelecimento do apego, fornecendo ao

bebê segurança devido à manutenção da proximidade materna. Pesquisas mais recentes vêm corroborando estes achados. Dentre elas, uma pesquisa realizada por Field et al. (1986) mostrou ainda que a prática materna de tocar regularmente é responsável por aumentar o peso, a vivacidade, e o desempenho motor (Escala de Brazelton) de recém-nascidos (MARQUETTE, 1999).

Achados referentes a estas modalidades expressivas podem indicar também implicações clínicas. Clinicamente, padrões desorganizados de expressões podem servir como base para avaliar e descrever comportamentos sócio-emocionais atípicos tanto em mães quanto em bebês (WEINBERG & TRONICK, 1994). Sendo assim, estas expressões emocionais além de figurarem papel central na literatura que versa sobre trocas interativas precoces mãe-bebê, também possuem papel de destaque nos estudos que dão ênfase aos efeitos da DPP sobre a interação mãe-bebê (ver capítulo 3).

3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

A co-regulação comportamental das trocas pais e filhos é mutuamente recompensadora, desde que não haja nenhum fator que prejudique o equilíbrio interativo. Tais fatores potencialmente prejudiciais são chamados de "fatores de risco", pois independentemente de sua origem, podem atrapalhar a funcionalidade diádica. Existem inúmeros fatores de risco, tais como: 1) doenças crônicas ou agudas da criança; 2) malformações congênitas; 3) paternagem empobrecida; e 4) psicopatologias parentais, como por exemplo, a depressão pós-parto (PAPOUŠEK & PAPOUŠEK, 1997; MURRAY & COOPER, 1997a). A DPP é vista como "fator de risco", pois pode atrapalhar a funcionalidade materna e a capacidade auto-regulatória infantil, podendo ocasionar prejuízos para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil posterior (CUMMINGS & DAVIES, 1994; BECK, 1995).

A literatura tem mostrado que mães deprimidas e seus bebês costumam alterar a quantidade, qualidade e sincronicidade ("timing") de seu comportamento sócio-afetivo (WEINBERG & TRONICK, 1998) expresso através dos domínios visuais (FIELD et al., 1985; SCHWENGBER, 2002), vocais (ZLOCHOWER & COHN, 1996; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; MILGROM, WESTLEYI & McCLOUD, 1995) e táteis (COHN et al., 1986) (ver Tabela 3).

Isto está bem documentado nos estudos que analisam a relação mãe-bebê em contexto de DPP através de interações face-a-face. A maioria desta literatura investiga os primeiros meses pós-parto, pois é nesta ocasião em que se detecta uma maior incidência de DPP (SCHWENGBER & PICCININI, 2003).

Tabela 3 - Diferentes canais comunicativos perturbados em face da DPP.

Autor	Periódico	N	Idade bebês	Tempo vídeo	Comportamento significante[10]	Instrumentos	Conclusão
Field et al. (1985)	Developmental Psychology	12 DPP 12 n-DPP	3-5 meses	10 min	Olhar da mãe e do bebê	BDI	Mães com e sem DPP olharam na mesma freqüência para seus bebês
Schwengber (2002)	Dissertação de Mestrado	11 DPP 15 n-DPP	12 meses	24 min	Sorriso do bebê	BDI	Bebês de mães com DPP tenderam a sorrir menos
Zlochower & Cohn (1996)	Infant Behavior and Development	15 DPP 20 n-DPP	4 meses	3 min	Verbalização da mãe	RDC	Mães com DPP exibiam mais pausas durante suas verbalizações
Righetti-Veltema et al. (2002)	Journal of Affective Disorders	58 DPP512 n-DPP	3 meses	Questionário	Verbalização do bebê	EPDS	Bebês de mães deprimidas vocalizaram menos para suas mães
Milgrom, Westleyi & McCloud (1995)	Journal of Paediatrics and Child Health	29 DPP 44 n-DPP	3 e 6 meses	Escalas de auto-preenchimento	Choro do bebê	EPDS e diagnóstico de um psiquiatra	Bebês de mães com DPP choraram excessivamente aos 3 meses, enquanto que aos 6 cessaram este comportamento
Cohn et al. (1986)	Maternal Depression and Child Development	-	3 meses		Toque da mãe	-	Mães com DPP tocaram menos seus bebês

Além disso, é também durante os primeiros seis meses, que a interação face-a-face é mais recorrente do que em qualquer outro período do desenvolvimento infantil, sendo considerada o contexto mais saliente de comunicação (MARTINEZ et al., 1996). Os bebês coordenam expressões faciais de emoção (positiva e negativa) com vocalizações e com olhares para a face da mãe (YALE, MESSINGER, COBO-LEWIS & DELGADO, 2003). Como já mencionado, estes comportamentos infantis faciais, vocais, dentre outras modalidades, são responsáveis por fornecer pistas para que as mães ajustem seus cuidados (TRONICK, 1989). Vale notar, que os olhos e a face, em geral, constituem recursos primários dos quais tanto bebês quanto suas mães se utilizam desde cedo para monitorar e ser

[10] Comportamento significante nesta tabela se refere ao comportamento selecionado pela autora para ilustrar sua relevância. Na verdade, a maioria destes artigos estudou outras dimensões comportamentais perturbadas em face da DPP. Para maiores informações ler literatura recomendada.

monitorado pelo outro. Além de auxiliar mãe e bebê em engajamentos presentes, vale relembrar que a comunicação face-a-face consolida situações essenciais para o desenvolvimento neurológico futuro (SCHORE, 2001; SEIDL DE MOURA et al., 2008).

Muitos pesquisadores contribuíram para a investigação do papel da DPP na interação face-a-face mãe e bebê através de: 1) estudos que simulavam esta psicopatologia ao perturbarem a comunicação mãe e filho (“still-face” e “double-video”) e 2) estudos que observavam a comunicação de díades que estavam, de fato, potencialmente deprimidas. Estes dois blocos de estudos serão apresentados no próximo item 3.1.

3.1 Perturbação simulada e oriunda da DPP

3.1.1 Perturbação simulada

Grande parte da literatura de interesse é composta por estudos que usam dois procedimentos experimentais cunhados de face imóvel (“still-face”) e filmagem simultânea (“double video”). Estes trabalhos ao simular empiricamente perturbações na comunicação mãe-bebê estariam representando possíveis efeitos ocasionados pela DPP na interação diádica. Assim, representariam um modelo experimental de rejeição emocional materna analisando, essencialmente, as respostas dos bebês emitidas frente a estas perturbações (TRONICK E WEINBERG, 1997; MURRAY & COOPER, 1997a).

Desenvolvido por Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton, em 1978, o paradigma da “face imóvel” ou “still face” é constituído por três episódios seqüenciais de dois minutos cada. Durante estes episódios, mãe e bebê ficam frente a frente, sendo pedido à mãe para: 1) brincar com o bebê de uma maneira natural (“situação espontânea”); 2) manter uma expressão imóvel, neutra e parar a interação (“face imóvel”); e 3) retomar a interação normal (situação

de reunião") (KOGAN & CARTER, 1996). Este paradigma costuma avaliar díades cujos bebês têm de dois a nove meses de idade (RECK et al., 2004). Como resultados, estes estudos apontaram que os bebês na fase inicial da "face imóvel" tentavam repetidas vezes restabelecer a condição inicial contingente com sua mãe através de sorrisos, olhares e toques (RECK et al., 2004). Após repetidas falhas em "reativar" sua mãe, se tornavam suavemente estressados, exibindo afeto neutro a negativo, poucos sorrisos (HAINS & MUIR, 1996) e declínio de atenção visual às mães (COHN & TRONICK, 1983; KOGAN & CARTER, 1996). Vale lembrar que somente ficavam estressados durante a situação em que a mãe simulava a face imóvel e após o restabelecimento da interação normal ("reunião").

Outro procedimento que também se utiliza de episódios descontínuos via interação face-a-face é composto por uma situação estruturada em que mães e bebês interagem através de monitores de TV. Tanto mãe quanto bebê são colocados frente a monitores de TV. A câmera que filma o bebê redireciona esta imagem para o monitor da mãe, enquanto uma segunda câmera que filma a mãe, redireciona a imagem para o monitor do bebê. Logo, esta vídeo-imagem é transmitida a ambos, de modo a dar a impressão de estarem mantendo contato visual. Conhecido como paradigma da "filmagem simultânea" ou "*double-video*", geralmente, transmite vídeo-imagens em duas condições, ao vivo ("*live*") e reprisadas ("*replay*"). Desenvolvido por Murray e Trevarthen, em 1985, este paradigma permitiu analisar a contingência[11] da comunicação precoce mãe-bebê, além de testar a expectativa infantil frente às atitudes maternas. Tanto bebês quanto suas mães mostravam-se emocionalmente perturbados quando a interação não estava sincrônica durante os segmentos de vídeo televisionados em "*replay*". Estes autores encontraram que bebês de seis a 12 semanas de idade demonstraram um declínio de contato de olhar e de afeto positivo durante o segmento "*replay*" televisionado de suas mães (BRAARUD & STORMARK, 2006).

[11] A contingência, neste caso, se refere ao intervalo médio, de 200 a 800 milissegundos, entre os sinais infantis exibidos e a resposta quase imediata dos pais (KELLER, 2007).

Ao simular episódios descontínuos para a interação mãe-bebê, os dois paradigmas supracitados (“face imóvel” e “filmagem simultânea”) puderam comprovar a acurada sensibilidade infantil frente às mudanças do comportamento materno (HAINS & MUIR, 1996), e enfatizar a capacidade que o bebê possui de participar como agente social. Mais especificadamente, estes estudos foram capazes de extrair três máximas: 1) Bebês detectam parâmetros físicos do comportamento adulto (e.x., altura da voz, direção do olhar); 2) são capazes de compreender diferentes estados afetivos e pessoais; e 3) protestam e ficam estressados frente a situações experimentalmente arranjadas de não-responsividade materna, indicando uma motivação interna para buscar interações contingentes.

3.1.2 Perturbação oriunda da DPP

Através de experimentos laboratoriais pontuais já se notou que os bebês são sensíveis a ponto de perceber nuances quanto à qualidade de seu ambiente social. Sendo assim, quais seriam as conseqüências de uma exposição prolongada a um ambiente inter-pessoal mais seriamente descontínuo? Tal descontinuidade poderia ser esperada, por exemplo, quando a mãe possui indicadores de depressão pós-parto (MURRAY & COOPER, 1997a; TRONICK & WEINBERG, 1997). Parte da literatura voltada para a análise da relação mãe-bebê em contexto de DPP costuma encontrar diferenças comportamentais significativas ao examinar díades potencialmente com e sem DPP. Mães não-deprimidas costumam: 1) exibir expressões faciais mais positivas do que negativas; 2) vocalizar e tocar mais; e 3) gastar grande parte do tempo olhando seus bebês. Seus bebês, por sua vez, tendem a: 1) exibir mais expressões faciais positivas do que negativas; 2) vocalizar e protestar mais; e 3) olhar de modo mais desconfiado (“*look wary*”) (FIELD, 2002).

Mães deprimidas, por sua vez, costumam: 1) apresentar mais expressões afetivas negativas do que positivas (FIELD et al., 1985; COHN et al., 1990); 2) gastar menos tempo olhando, tocando, falando e sorrindo para seus bebês (COHN et al. 1990 ; ZLOCHOWER & COHN, 1996; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002); 3) ser menos responsivas, ou seja, menos atentas, sem interpretar acuradamente e responder contingentemente a seus bebês (FIELD et al., 1985); 4) ter um menor nível de atividade psico-motora (FIELD et al., 1985); 5) demonstrar poucos comportamentos imitativos (FIELD et al., 1985); e 6) exibir menos comportamentos facilitadores, tais como introduzir e manter a atenção em um brinquedo; e mais comportamentos não-facilitadores ao brincar, como por exemplo, mostrar apatia e contrariedade ou demonstrar intrusividade (FIELD et al., 1985; SCHWENGBER & PICCININI, 2004). Seus bebês, por sua vez, tendem a: 1) exibir mais afeto negativo, apresentando assim, mais expressões de tristeza e raiva, e menos expressões de interesse (FIELD et al., 1985; COHN et al. 1990; PICKENS & FIELD, 1993); 2) vocalizar menos (RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002); 3) chorar por períodos maiores aos três meses, ao passo que costumam cessar este comportamento aos seis meses de idade (MILGROM, WESTLEYI & MCCLOUD, 1995); 4) ser mais irritadiços (FIELD et al., 1985); 5) ter menor nível de atividade psico-motora (FIELD et al., 1988); e 6) apresentar uma aparência depressiva com poucos meses de idade (FIELD et al., 1988; COHN et al., 1990).

Estes estudos vistos em conjunto aparentemente traçam um perfil diferencial entre díades potencialmente deprimidas e não deprimidas. Porém, vale lembrar que a literatura que estuda a qualidade e a quantidade do comportamento parental expresso por mães com sintomas deprimidos não é completamente consistente. Há muitos estudos que falharam ao confirmar qualquer diferença entre mães potencialmente deprimidas e mães controle, além daqueles que encontram resultados conflitantes (ver PAULI-POTT, 2008; BOYD, ZAYAS & MCKEE, 2006; CAMPBELL, COHN & MEYERS, 1995; FLEMING, RUBLE, FLETT, &

SHAUL, 1988; HERRERA, REISSLAND & SHEPHERD, 2004; MOORE, COHN & CAMPBELL, 1997).

Assim, a pesquisa que versa sobre os efeitos da DPP na interação mãe-bebê apesar de promover achados informativos e interessantes, não levanta nenhuma conclusão geral (LOVEJOY ET AL., 2000; PAULI-POTT et al., 2008). De fato, em alguns aspectos, as conclusões dos estudos se contradizem (RUTTER, 1990). Como exemplo, podemos citar o estudo da Field et al. (1985). Neste estudo, apesar de encontrar algumas diferenças comportamentais significativas em função da DPP, foi constatado que as díades potencialmente com e sem DPP olhavam e vocalizavam de maneira semelhante. Outro exemplo trata-se do estudo de Sameroff et al. em 1982. Neste, os autores relataram que mães de alto risco com histórico de depressão não foram menos responsivas, nem mais negativas e não gastaram menos tempo olhando para seus bebês quando comparadas à mães controle (baixo risco). Vale lembrar que o comportamento de seus bebês também não diferiu dos bebês controle (CAMPBELL & COHN, 1997). Por fim, outro estudo realizado por Martinez et al. (1996) descobriu que, independente do diagnóstico de DPP, mães olhavam na mesma freqüência para seus bebês de três meses de idade em situação de interação lúdica com duração de 3 minutos.

A primeira razão para estas inconsistências se deve aos diferentes arranjos metodológicos usados por estes estudos (CAMPBELL, COHN, & MEYERS, 1995). Como exemplo, podemos citar alguns (ver item 1.1.1.4): 1) diferentes números amostrais; 2) tipos variados de critérios diagnósticos (instrumentos auto-avaliativos ou entrevistas com um profissional de saúde) e seus períodos divergentes de aplicação (de uma semana a um ano pós-parto); 3) medidas de codificação diversas (qualitativas e/ou quantitativas); 4) diferentes categorias de observação selecionadas (tipos de comportamentos parentais e infantis); 5) duração diferencial da sessão de observação (de dois minutos a duas horas); 6) diferentes

cenários ou "*settings*" de observação (laboratório ou casa); 7) estágios de desenvolvimento infantil variados (dois meses ou dois anos da criança), entre outros (PAULI-POTT et al., 2008).

A segunda razão para estas inconsistências é a existência de diferentes fatores de risco selecionados pelos estudos que, associados à DPP, reduzem a qualidade do comportamento parental (PAULI-POTT, 2008). Os estudos têm recentemente chamado atenção para a importância destes fatores, pois eles poderiam explicar melhor as diferenças entre os grupos do que o próprio diagnóstico depressivo. Desse modo, dependendo do contexto da população estudada, outros fatores poderiam: 1) ter maior ou menor peso que a própria DPP; ou 2) interagir sinergicamente com a DPP. Isto porque estudos que costumam encontrar diferenças entre os grupos de mães com e sem DPP são, geralmente, conduzidos em populações pobres, consideradas de alto risco. Ao contrário, estas diferenças de grupos não são encontradas em amostras de baixo risco (ver MURRAY & COOPER, 1997b). Como exemplos de fatores de risco associados, podemos citar: 1) relação conjugal conflituosa (PAYKEL et al., 1980; BECK, 2002; DANACI et al., 2002; CHANDRAN et al., 2002); 2) cronicidade da DPP (CAMPBELL, COHN & MEYERS, 1995; SCHWENGBER & PICCININI, 2003); 3) irritabilidade infantil (MURRAY & COOPER, 1997a); 4) estresse e ansiedade (LEADBEATER & LINARES, 1992); 5) pobreza (FIELD et al., 1990; LUCCHESE & TAMIS-LEMONDA, 2007); 6) relacionamento empobrecido na infância com a própria mãe (MÄNTYMAA, 2006); 7) histórico prévio de doença psiquiátrica (PAYKEL ET AL., 1980; FIELD et al., 1985; LEE et al., 2000; BECK, 2002; DANACI, 2002; ROBERTSON et al., 2004); e 8) baixo suporte social (PAYKEL et al., 1980; MARTINEZ-SCHALLMOSER, TELLEEN & MACMULLEN, 2003; ROBERTSON et al., 2004; BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006).

Por fim, a terceira razão apontada pela literatura para as inconsistências se refere à existência de outro fator de risco associado à interação mãe-bebê: o estilo interativo sócio-emocional da mãe.

3.2 Diferentes estilos interativos maternos e infantis

Embora muitos trabalhos considerem mães com indicadores de DPP como um grupo homogêneo, nem todas as mães interagem da mesma maneira com seus filhos, e vice-e-versa. Sendo assim, não se pode tratar mães e bebês que vivenciam a DPP como um grupo homogêneo (WEINBERG & TRONICK, 1998).

Há pelo menos dois estilos interativos deprimidos, relativos à "intrusividade" e ao "retraimento", descobertos por Edward Tronick e Jeffrey Cohn e pelo grupo de pesquisa da Tiffany Field (JONES et al., 1997; FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006). Estes estudos mostraram que a DPP possui diferentes maneiras de se expressar, acarretando conseqüências tanto para o estilo interativo materno quanto para o estilo interativo infantil. Estas conclusões foram tiradas após um procedimento típico adotado pelo grupo de estudos da pesquisadora Tiffany Field que gravava díades mãe-bebê durante uma interação de três minutos. Nestas interações, se pedia à mãe para brincar com seu filho como se estivesse em casa. A duração de três minutos foi escolhida devido ao limite de atenção e atividade para três meses de idade (COHN et al., 1990). Os comportamentos físicos, afetivos e vocais das mães eram codificados em unidades de tempo de dez segundos.

Mães "intrusivas" se caracterizariam por expressar contato físico bruto, ao fazer cócegas ("*tickling*"), empurrar ("*poking*"), puxar ("*tugging*"), interferir ativamente nas atividades de seus bebês, agindo de uma maneira abrupta durante pelo menos 50% do tempo de interação. Também eram classificadas como intrusivas se demonstrassem fala não-

contingente e expressões faciais exageradas e falsas, mesmo se apresentassem comportamentos bruscos durante proporções menores de tempo (FIELD et al., 2003; DIEGO et al., 2006). Cohn et al. (1990) e Field et al. (1990) notaram ainda que mães intrusivas tratavam seus bebês com raiva e de uma maneira irritadiça durante 40% do tempo de observação (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006).

Mães "retraídas" exibiriam afeto raso ("*flat affect*"), toque e vocalização raros, comportamento desengajado e não responsivo, não direcionariam o olhar para seus bebês olhando ao longe e dariam pouco suporte às atividades de seus bebês. Tudo isso durante pelo menos 50% do tempo de interação. Também eram classificadas como retraídas se tivessem um contato físico maior com seus bebês, mas ainda assim demonstrassem afeto raso e fala mínima ao longo da interação (TRONICK & WEINBERG, 1997; FIELD et al., 2003; DIEGO et al., 2006). Cohn et al. (1990) e Field et al. (1990) observaram também que mães retraídas, durante aproximadamente 80% do tempo de observação, se mostravam desengajadas e não atendiam seus filhos quando eles estavam estressados (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006).

Embora alguns autores subdividam as mães deprimidas em somente dois estilos comportamentais (intrusivas e retraídas), Jones et al. (1997) acrescentaram a estes dois subgrupos maternos um terceiro, cunhado de "boa interação" ("*good interaction*"). Segundo estes pesquisadores, existiriam mães que, embora apresentassem indicadores de DPP, apresentariam comportamentos semelhantes àqueles apresentados por mães não-deprimidas: quantidades moderadas de sorriso, toque sensível e comportamento contingentemente responsivo. Em estudo longitudinal com duração de um ano, Jones et al. (1997) identificaram 41% das mães com DPP como intrusivas, 38% como retraídas e 21% foram classificadas como boa interação. Um estudo posterior realizado por Field et al. (2003), encontrou distribuição similar: 39% das mães com DPP foram classificadas como intrusivas, 36% como

retraídas e 25% como boa interação. Em estudos anteriores, mães com indicadores de DPP que tinham boa interação eram excluídas do grupo experimental (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006) e mães sem DPP eram excluídas do plano de estudo.

No geral, a maioria dos estudos desta área costuma classificar somente as mães potencialmente deprimidas. Geralmente o grupo não-deprimido é descartado da amostra final. Isto acontece porque a literatura considera que mães não-deprimidas são, necessariamente, boa interação. Um estudo que analisou 40 mães não-deprimidas comprovou que a maioria do grupo sem DPP era boa interação. Das 40 mães sem DPP, 85% foram consideradas boa interação, 10% intrusivas, e 5%, retraídas (FIELD et al., 2003). Apesar de analisá-las, os autores acabaram excluindo estas mães da amostra final.

Enquanto há acordo sobre a existência dos diferentes estilos interativos maternos, há pouca concordância quanto à existência de estilos interativos infantis (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006). Especificamente, bebês de mães intrusivas: 1) gastariam mais tempo olhando ao longe, isto é, não estariam acostumados a direcionar o olhar e interagir com suas mães; 2) raramente, olhariam para objetos; e, 3) não chorariam com freqüência (TRONICK & WEINBERG, 1997). De forma compatível com estes resultados, Cohn et al. (1990), encontraram que bebês de mães intrusivas protestaram somente 5% do tempo, enquanto gastaram 55% de seu tempo evitando suas mães. Em compensação no estudo de Field et al. (1990), bebês de mães intrusivas protestaram durante a maior parte do tempo, o que levanta questões metodológicas sobre a correspondência das amostras, quanto às variáveis de controle e quanto à maneira de classificar o estilo materno.

Bebês de mães retraídas, por sua vez: 1) protestariam mais; 2) apresentariam níveis de estresse mais elevados (TRONICK & WEINBERG, 1997); e 3) gastariam grande parte do tempo chorando (WEINBERG & TRONICK, 1998). No estudo de Cohn et al. (1990), bebês de mães retraídas protestaram durante 30% do tempo e olharam para suas mães menos que

5% do tempo total. Field et al. (1990), encontraram que bebês de mães retraídas passaram a maior parte de seu tempo inativos e olhando ao seu redor.

Finalmente, bebês de mães com DPP consideradas boa interação se comportariam de maneira semelhante aos bebês de mães controle, apresentando bons escores na Escala de Avaliação Comportamental de Brazelton (*Neonatal Behavior Assessment Scale*), com a exceção de que apresentariam mais sintomas depressivos quando comparados a bebês controle (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006).

Poucos estudos têm sido conduzidos baseando-se nestes diferentes estilos interativos desde que os primeiros trabalhos sobre este tema foram publicados por Cohn, Matias, Tronick, Connell, e Lyons-Ruth, em 1986, e Field et al., em 1990 (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006). Vale lembrar que uma abordagem que considera a exposição aos diferentes estilos maternos é importante, pois pode ser mais crítica para a determinação do tipo de conduta infantil exibida do que o próprio diagnóstico de DPP *per se* (WEINBERG & TRONICK, 1998).

3.3 Conseqüências para o desenvolvimento infantil

Além de acarretar conseqüências para interação mãe-bebê, a DPP está associada a duas conseqüências relacionadas ao desenvolvimento infantil posterior: 1) problemas comportamentais, e 2) déficits cognitivos. Problemas comportamentais enfrentados aos 18 meses de idade, por exemplo, relacionados ao sono, à alimentação, à separação de figuras de apego e ao temperamento, podem representar uma grave conseqüência da exposição à DPP. Da mesma forma, problemas relacionados ao desenvolvimento cognitivo empobrecido posterior, como por exemplo, ter menor desempenho em escalas de habilidades infantis aos quatro anos de idade, podem ser decorrentes do grau insuficiente de atenção e engajamento

infantil ocasionados por interações face-a-face deficientes perturbadas pela DPP (MURRAY & COOPER, 1997a).

Sendo assim, problemas precoces quanto à regulação de atenção e de emoção, característicos das díades com DPP, podem conduzir a déficits cognitivos e comportamentais (HAY, 1997). Vale lembrar que a presença destes déficits está fortemente associada à DPP, o que não implica nenhum mecanismo causal para tal fenômeno. Ou seja, não podemos assumir que a DPP seja a causa destes déficits. Porém, a associação entre DPP e possíveis prejuízos para a regulação da atenção e emoção e para o desenvolvimento sócio-cognitivo infantil, apontam para um impacto potencial deste quadro depressivo pós-parto (HAY, 1997).

4. OBJETIVOS, HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

4.1 Objetivos

O objetivo geral do presente estudo foi examinar o papel da DPP na interação mãe-bebê aos quatro ou cinco meses pós-parto, através da observação de uma situação face-a-face.

Os objetivos específicos foram:

1) Investigar se a presença de DPP e dos estilos interativos maternos (intrusivo, retraído e boa interação) influenciam na exibição das categorias comportamentais das mães (olhar, sorriso, verbalização e toque) e dos bebês (olhar, sorriso, vocalização e choro).
2) Verificar se a presença de DPP e dos estilos interativos maternos (intrusivo, retraído e boa interação) apresentam associação com os fatores contextuais selecionados para o estudo.
3) Investigar se os fatores contextuais se correlacionam com as categorias comportamentais diferencialmente em função da DPP.
4) Investigar se as categorias comportamentais das mães e dos bebês são capazes de se agrupar formando pacotes comportamentais coerentes com a literatura.

4.2 Hipóteses

As hipóteses do presente estudo visam responder aos objetivos supracitados relacionados ao**:**

I. Primeiro Objetivo: DPP e Estilos Interativos Maternos

1) Efeito da DPP sobre as categorias comportamentais da mãe e do bebê:

(1a) Investigar se mães potencialmente deprimidas:

H_1 - Olham, sorriem, verbalizam e tocam menos seus bebês (COHN et al. 1990; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; ZLOCHOWER & COHN, 1996; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHWENGBER, 2002).

H_0 - Olham, sorriem, verbalizam e tocam semelhantemente seus bebês (FIELD et al., 1985; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; MARTINEZ et al., 1996; FIELD et al., 2005).

(1b) Investigar se bebês de mães potencialmente deprimidas:

H_1 – Olham, sorriem e vocalizam menos e choram mais para suas mães (FIELD et al., 1985; MILGROM & WESTLEYI & McCLOUD, 1995; SCHWENGBER, 2002; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004).

H_0 - Olham, sorriem, vocalizam e choram semelhantemente para suas mães (FIELD et al., 1985; COHN et al., 1990; SCHWENGBER, 2002).

2) Efeito da DPP sobre os estilos interativos maternos:

(2a) Investigar se mães potencialmente deprimidas:

H_1 – São consideradas, em sua maioria, intrusivas, em segundo lugar, retraídas e, por fim, boa interação (JONES et al., 1997; FIELD et al., 2003).

H_0 – Não apresentam, necessariamente, ordem de exibição dos estilos interativos.

(2b) Investigar se mães potencialmente não-deprimidas:

H_1 – São consideradas, em sua maioria, boa interação, em segundo lugar, intrusivas e, por fim, retraídas (FIELD et al., 2003).

H_0 – Não apresentam, necessariamente, ordem de exibição dos estilos interativos.

3) Efeito dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais:

(3a) Investigar se mães intrusivas (não-deprimidas ou deprimidas):

H_1 – Olham, sorriem, vocalizam e tocam mais seus bebês quando comparadas às retraídas e boa interação (FIELD, 1992; JONES et al., 1997; MALPHURS et al., 1996).

H_0 – Não olham, sorriem, vocalizam e tocam mais seus bebês quando comparadas às retraídas e boa interação.

(3b) Investigar se mães retraídas (não-deprimidas ou deprimidas):

H_1 – Olham, sorriem, vocalizam e tocam menos seus bebês quando comparadas às intrusivas e boa interação (FIELD, 1992; JONES et al., 1997; MALPHURS et al., 1996).

H_0 – Não olham, sorriem, vocalizam e tocam menos seus bebês quando comparadas às intrusivas e boa interação.

(3c) Investigar se mães boa interação (não-deprimidas e deprimidas):

H_1 – Olham, sorriem, vocalizam e tocam moderadamente seus bebês quando comparadas às intrusivas e retraídas (FIELD et al., 2003).

H_0 – Não olham, sorriem, vocalizam e tocam moderadamente seus bebês quando comparadas às intrusivas e retraídas.

II. Segundo Objetivo: Fatores contextuais

1) Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre fatores contextuais selecionados (Anexo A).

(1a) Investigar se:

H_1 – Há fatores contextuais de risco para a DPP na presente amostra (PAYKEL et al., 1980; FIELD et al., 1990; LEADBEATER & LINARES, 1992; CAMPBELL, COHN & MEYERS, 1995; Beck 2002; DANACI et al., 2002; CHANDRAN et al., 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2003; ROBERTSON et al., 2004).

H_0 – Não há fatores contextuais de risco para a DPP na presente amostra.

(1b) Investigar se a presença dos fatores contextuais de risco para DPP:

H_1 – É mais notada entre as intrusivas, retraídas ou boa interação.

H_0 – Não influencia os estilos interativos maternos.

2) Associação dos fatores contextuais com as categorias comportamentais:

(2a) Investigar se a presença dos fatores contextuais de risco para DPP:

H_1 – Faz com que as mães potencialmente deprimidas olhem, sorriam, verbalizem e toquem menos seus bebês (MURRAY & COOPER, 1997b).

H_0 - Não influencia a freqüência relativa das categorias comportamentais das mães e dos bebês.

III. Terceiro Objetivo: Pacotes comportamentais

1) Fatores obtidos a partir as categorias comportamentais das mães e dos bebês

(1a) Investigar se as categorias comportamentais das mães e dos bebês:

H_1 – São capazes de se agrupar em fatores formando pacotes comportamentais condizentes com a literatura (PELÁEZ-NOGUERAS et al., 1996; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; KELLER, 2007).

H_0 – Não são capazes de se agrupar em fatores.

4.3 Justificativa do estudo

A prevalência da DPP e seus possíveis efeitos adversos na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil salientam a relevância social e clínica deste fenômeno para saúde mental tanto da mãe quanto do bebê. Assim, estudar e buscar um melhor entendimento para esta questão torna-se evidente.

A literatura que tem por objetivo descrever a natureza exata e molecular das interações mãe-bebê, geralmente, recorre a abordagens micro-analíticas (BORNSTEIN & TAMIS-LEMONDA, 2009). A micro-análise é uma técnica capaz de determinar como os comportamentos interativos mãe-bebê se comportam isoladamente ao longo do tempo. A decisão do presente estudo pela micro-análise se deve pelo fato de que este tipo de técnica: 1) permite que eventos fugazes extremamente significativos para a interação sejam detectados; e 2) possibilita uma observação mais objetiva de categorias definidas operacionalmente do que categorias mais globais, avaliadas por juízes. Por isso, o presente estudo escolheu mensurar isoladamente o olhar, o sorriso, a verbalização/vocalização, o toque e o choro de mães e bebês. Lembrando que estas categorias foram escolhidas por serem categorias extremamente relevantes para a comunicação face-a-face mãe-bebê e por serem geralmente perturbadas em contexto de DPP.

Em segundo lugar, visto que a DPP é expressa de maneira heterogênea através de diferentes padrões de interação maternos (intrusivo, retraído e boa interação), o presente estudo teve como segundo objetivo analisá-los. Estes padrões podem: 1) ser mais preditivos de potenciais prejuízos para a interação mãe-bebê que o próprio diagnóstico de DPP; 2) esclarecer os antecedentes de trajetórias de desenvolvimento infantis deficientes; e 3) instruir profissionais de saúde a aplicar intervenções mais efetivas, específicas para cada estilo interativo expresso pela mãe deprimida. Estudos anteriores têm analisado apenas mães que já possuem dificuldades interativas (deprimidas) e não têm feito análises semelhantes em grupos de mães controle (não-deprimidas). Sendo assim, o presente estudo analisou mães potencialmente com e sem DPP a fim de verificar se estes diferentes estilos interativos também se aplicam às mães controle. Vale lembrar que somente analisamos os estilos interativos maternos, pois a literatura que versa sobre os estilos de interação infantis é ainda muito controversa.

Por fim, estudos da área, como o trabalho de Field, Hernandez-Reif & Diego (2006), evidenciam a necessidade de se codificar separadamente categorias comportamentais referentes aos domínios faciais, vocais e táteis a fim de verificar se há uma incidência diferencial destes comportamentos que permita classificar as mães nos diferentes estilos interativos (intrusivo, retraído e boa interação). Sendo assim, o presente estudo tentou preencher algumas lacunas existentes na literatura ao: 1) verificar quais categorias comportamentais eram mais ou menos freqüentes quanto ao diagnóstico depressivo e quanto aos estilos interativos maternos; e 2) explorar os diferentes perfis interativos de mães com e sem DPP.

5. MÉTODO

5.1 Participantes

Participaram do presente trabalho 75 díades mãe-bebê. Estas díades faziam parte do projeto temático da FAPESP (ver Apresentação). As mães convidadas tinham que preencher alguns pré-requisitos: 1) estar no terceiro trimestre de gestação; 2) ter uma gravidez e um parto sem complicações; e 3) ter bebês saudáveis. Todas as participantes responderam à Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDE) (item 5.4.2) quando seus bebês tinham entre dois e quatro meses de vida. A pontuação das puérperas na EPDE variou de 0 a 26 pontos (média = 9,3 ± 6,2). A partir destas pontuações, as mães foram subdivididas em dois grupos. Das 75 participantes: 1) 25 (média = 26,9 ± 5,85 anos) apresentaram pontuações superiores a 11 na EPDE, ou seja, estavam potencialmente deprimidas; e 2) 50 (média = 25 ± 5,57 anos) apresentaram pontuação menor ou igual a 11 na EPDE, indicando que, não estavam potencialmente deprimidas (ver Figura 1). Foi oferecido atendimento psicoterápico por psicólogas integrantes do projeto longitudinal para as mães potencialmente deprimidas, o qual foi aceito em mais da metade dos casos (64%) (CECCHINI, no prelo).

Todas as participantes eram pacientes de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do distrito do Butantã, no município de São Paulo: 41 eram pacientes do *Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa* (CSEB), 14 da UBS *Engenheiro Guilherme H. P. Coelho* e 20 da UBS *Jardim São Jorge*. As participantes tinham uma média de 26 anos de idade (± 5,7), enquanto seus bebês tinham, em média, 19 semanas de vida (± 2,2) na época em que a filmagem da interação mãe-bebê foi realizada (Ver Tabela 4).

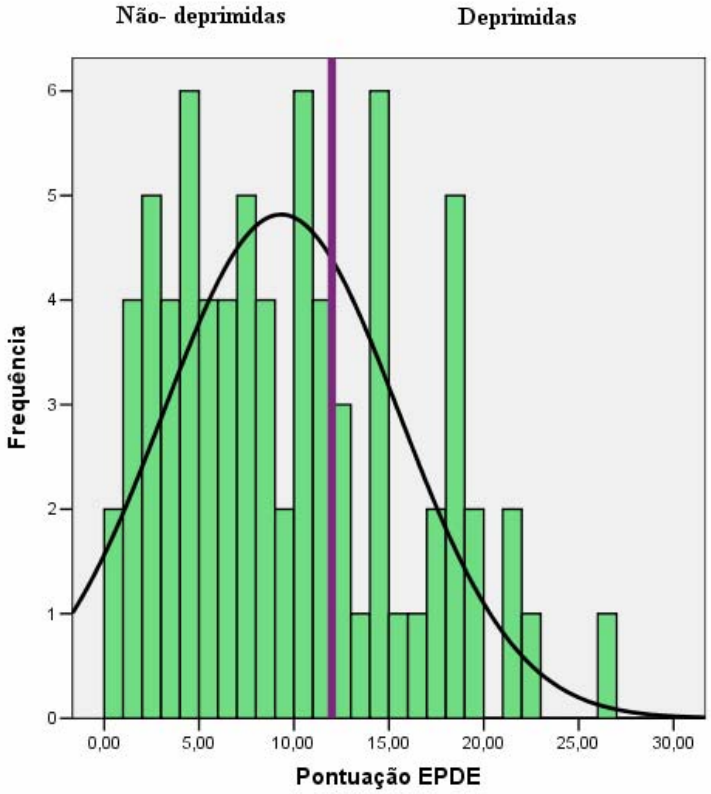

Figura 1 - Distribuição da amostra quanto à pontuação na EPDE.

Tabela 4 - Médias e distribuições de variáveis demográficas para mães potencialmente com e sem DPP.

	DPP (N = 25)	***Sem PPD (N= 50)***
Variáveis das mães		
1. Idade da mãe (anos)	27 (5,9)	25 (5,6)
2. UBSs		
Centro de Saúde Escola Butantã	17,3%	37,3%
Engenheiro Guilherme H. P. Coelho	9,3%	9,3%
Jardim São Jorge	6,7%	20%
Variáveis dos bebês		
8. Idade dos bebês durante a filmagem (meses)	18,7 (2,3)	19,1 (2,2)

5.2 Procedimento geral

O presente estudo passou, inicialmente, por apreciação de três comitês de ética: 1) o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Anexo I); 2) o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; e 3) o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Anexo J).

As participantes foram abordadas por auxiliares de pesquisa que explicavam a natureza do estudo e entregavam folhetos que continham informações resumidas sobre a pesquisa. As gestantes que aceitaram participar, então, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que garantia o caráter confidencial dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo (Anexo L).

O presente trabalho utilizou dados de quatro etapas da pesquisa longitudinal realizada pelo projeto longitudinal da FAPESP que ocorreram: 1) durante o terceiro trimestre de gestação das participantes; 2) até dois dias após o parto; 3) entre dois e quatro meses pós-parto; e 4) aos quatro ou cinco meses de vida dos bebês. A primeira etapa foi realizada nas UBSs; a segunda no Hospital Universitário da USP (HU-USP); a terceira nas UBS ou no Laboratório de Observação do Comportamento do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP); e, finalmente, a quarta etapa foi realizada no Laboratório de Observação do Comportamento do IPUSP. Durante o terceiro trimestre de gestação foi aplicada uma primeira entrevista estruturada. Após dois dias pós-parto, a segunda entrevista estruturada foi realizada. Entre dois e quatro meses pós-parto foi aplicada a terceira entrevista semi-estruturada, e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDE). E aos quatro ou cinco meses de vida dos bebês foi realizada uma filmagem da interação mãe-bebê.

Tabela 5 - Etapas utilizadas pelo Projeto temático e pelo presente estudo.

Ocasiões	***Local***	***Atividades***	***Dados***
3º. trimestre de gestação	UBSs	- Consentimento - 1ª. Entrevista	- Família, rede de apoio, estilo de relacionamento, história reprodutiva, gestação e intercorrências
Parto	HU	- 2ª. Entrevista	- Avaliação pediátrica da criança; - Avaliação do pré-natal e do parto; expectativas e sentimentos da mãe em relação ao bebê
3º. mês	UBSs ou IPUSP	- 3ª. Entrevista	- Avaliação de sentimentos e preocupações maternos - Escala de DPP de Edimburgo
4º. mês	IPUSP	- 4ª. Entrevista - Exame físico e de desenvolvimento do bebê - Filmagem das interações mãe-bebê	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor - Análise das Categorias Comportamentais - Análise dos Estilos Interativos Maternos

5.3 *Setting* e Procedimento de Observação

Figura 2 – Fotografia da interação diádica face-a-face.

A sala do Laboratório de Observação do Comportamento do IPUSP foi equipada com um bebê-conforto, uma mesa, uma cadeira, uma câmera de vídeo fixa com zoom óptico de 25x e um espelho auxiliar. O bebê era posto no bebê-conforto que se encontrava em cima de uma mesa a fim de possibilitar o encontro face-a-face da díade. O experimentador pedia à

mãe para que ficasse sentada na cadeira disposta ao lado da mesa onde estava o bebê-conforto. Mãe e bebê ficavam a uma distância aproximada de 60 centímetros um do outro. A câmera de vídeo foi instalada, aproximadamente, a um metro da díade para registrar o melhor ângulo lateral das interações mãe-bebê. O espelho foi disposto atrás da díade com o objetivo de fornecer outro ângulo que auxiliasse nas observações.

As participantes e seus bebês de quatro ou cinco meses de idade dos bebês foram, então, convidados para essa etapa do estudo. Somente àquelas mães cujos filhos haviam nascido saudáveis (situação em que o bebê era colocado em contato pele a pele com a mãe logo após o parto) foram chamadas. Este rastreamento feito, mães e bebês eram então levados à sala de observação onde o procedimento experimental era explicado. O experimentador instruía a mãe para que a mãe ficasse face-a-face com seu bebê e brincasse com ele como faria em casa, sem a ajuda de brinquedos. Este artifício foi utilizado para que a interação sistemática de laboratório tivesse um enfoque mais naturalístico. A sessão de observação tinha curta duração (dois a três minutos).

5.4. Instrumentos

Foram utilizados métodos indiretos (entrevistas estruturadas e EPDE) e diretos (Análise de Categorias Comportamentais e de Estilos Interativos Maternos).

5.4.1. Entrevistas estruturadas

O presente trabalho utilizou três roteiros de entrevistas estruturadas (Anexos B, C e D) a fim de investigar características sócio-demográficas, familiares, reprodutivas, obstétricas e psiquiátricas das participantes.

As entrevistas destinaram-se à coleta de dados para diversas áreas do Projeto Temático. No presente estudo, foram analisadas apenas certas questões relacionadas direta ou indiretamente às hipóteses apresentadas no item 4.2 (Verificar Anexo A para contemplar todas as variáveis selecionadas).

5.4.2. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE)

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDE) foi utilizada no presente estudo, sendo aplicada entre dois e quatro meses após o parto. De acordo com o perfil sócio-econômico de nossa população, o ponto de corte escolhido foi 11/12, pois o mesmo já foi usado por outras pesquisas para subdividir gestantes de baixa renda em grupo controle e experimental (CRUZ, SIMÕES & FAISAL-CURY, 2005; RUSCHI et al., 2007).

Escalas de avaliação ajudam na detecção dos sintomas, na elaboração do diagnóstico e no acompanhamento do paciente com depressão. Escalas de auto-avaliação são muito úteis para a triagem da DPP, pois pacientes com transtornos do humor estão numa posição única para fornecer informações sobre seus sentimentos e humor (CALIL & PIRES, 1998). A possibilidade de detecção de DPP com essas escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção durante avaliações clínicas de rotina por médicos em serviços de atendimento primário (CAMACHO et al., 2006). Embora os questionários das escalas sejam diferentes, em algumas delas são encontradas altas correlações, permitindo possíveis comparações entre os estudos. É o caso de uma revisão que mostrou que as quatro escalas comparadas (a *EPDS*, a *Raskin 3 Area Scale*, o *Beck Depression Inventory* e *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) tiveram altas correlações entre si, com três delas (*EPDS*,

Raskin e *Montgomery-Asberg*) obtendo excelente sensibilidade [12] e especificidade [13] (NAJMAN, ANDERSEN & BOR, 2000).

Dentre as escalas auto-avaliativas foram criadas duas especificamente para o rastreamento da DPP: a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (*EPDS*), em 1987, e a *Postpartum Depression Screening Scale* (*PDSS*), em 2000 (CAMACHO et al., 2006). A EPDS (COX, HOLDEN, & SAGOVSKY, 1987) foi o primeiro instrumento desenvolvido para rastrear a depressão pós-parto, validado no Brasil com o nome de Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDE) por Santos, Martins e Pasquali (1999).

A EPDE é uma das melhores escalas auto-avaliativas construídas especificamente para rastrear a incidência de depressão pós-parto. Devido a isso tem sido usada extensamente em amostras de mulheres que deram à luz recentemente (NAJMAN, ANDERSEN & BOR, 2000). É composta por 10 enunciados contendo quatro opções de respostas relacionadas à presença ou intensidade dos sintomas vivenciados pela nova mãe ao longo da última semana. Seus itens cobrem sintomas tais como humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideação suicida suicídio, diminuição do desempenho e culpa (SANTOS, MARTINS & PASQUALI, 1999). Cada item avalia um sintoma depressivo, recebendo uma pontuação de 0 a 3. A variação de pontuação total vai de 0 a 30. A maioria dos estudos realizados no mundo considera que o ponto de corte igual ou maior a 13 fornece a melhor sensibilidade e especificidade para DPP (REGMI et al., 2002). Embora o ponto de corte 13 seja considerado em alguns estudos, a versão validada no Brasil considerou 11/12 como ponto de corte mais adequado para o contexto do país, apresentando sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo[14] de 78% (SANTOS, MARTINS & PASQUALI, 1999). Embora o estudo de validação da EPDE tenha sido realizado em Brasília, capital habitada em grande parte por população de alta renda, outros trabalhos que selecionaram

[12] Proporção de mulheres deprimidas corretamente identificadas pelo instrumento.
[13] Proporção de mulheres não-deprimidas corretamente identificadas pelo instrumento.
[14] Proporção de mulheres acima do ponto de corte que preencheram critérios para depressão.

populações de baixa renda utilizaram o mesmo ponto de corte 11/12 (CRUZ, SIMÕES & FAISAL-CURY, 2005; RUSCHI et al., 2007). Desta maneira, por ser um instrumento que possibilita rastrear as mães que pontuam abaixo ou acima do ponto de corte escolhido (11/12), o presente estudo considerará todas as mães que pontuaram abaixo de 11/12 como potencialmente não-deprimidas e as que pontuaram acima deste ponto de corte, potencialmente deprimidas. Para facilitar o entendimento e melhorar a fluidez, o termo "potencialmente" foi excluído do texto. Portanto, toda vez que for citada a expressão "mães deprimidas" ou "mães não-deprimidas", o leitor deverá subentender que estas mães possuem ou não indicadores para DPP.

5.4.3 Análise de Categorias Comportamentais

Esta análise foi baseada no Protocolo de Freqüência de Comportamentos Interativos Mãe-Bebê – Situação Face-a-face (BRUM, 2005) (Anexo E). Este Protocolo de Observação tem sido amplamente utilizado em estudos que verificam o impacto do nascimento pré-termo e do risco médico neonatal nos comportamentos interativos mãe-bebê, partindo de pressupostos etológico-evolucionistas (PICCININI et al., 2001). Foi elaborado e adaptado por Schermann com o objetivo de analisar os comportamentos de interação entre mães e bebês de zero a seis meses de idade (BRUM, 2005).

Este instrumento avaliou a relação mãe-bebê através de comportamentos não-verbais específicos. Estes comportamentos foram divididos dentro de quatro campos de interação (visual, vocal e corporal). Mães foram analisadas de acordo com quatro tipos de comportamento: 1) olhar, 2) sorriso, 3) verbalização e 4) toque. Seus bebês, por sua vez, eram analisados segundo cinco tipos de comportamento: 1) olhar, 2) olhar para mão da mãe, 3) sorriso, 4) vocalização e 5) choro. Esta distinção entre dois tipos de olhar infantil foi feita,

pois, quando não olhavam para a face de suas mães, os bebês permaneciam entretidos através de outro tipo de olhar interativo denominado “olhar para mão da mãe”. Esta subcategoria foi incluída na categoria “olhar” infantil, pois se tratava de um olhar ativo, funcionando de maneira complementar à categoria “contato de olhar”. Suas mães, por sua vez, tiveram apenas uma categoria de olhar inserida (“contato de olhar”), pois as mães, na maior parte do tempo, praticavam esta categoria. Quando não olhavam para a face do bebê, olhavam necessariamente para o ambiente. A categoria “toque” não foi considerada como uma categoria para os bebês devido a sua imaturidade motora aos quatro ou cinco meses de idade. Foi escolhida, ainda, a categoria “choro”, pois Milgrom, Westley e McCloud (1995) encontraram alteração desse comportamento em função da DPP. De maneira geral, estas categorias foram escolhidas: 1) porque são extremamente relevantes para as trocas interativas mãe-bebê de zero a seis meses (BRUM, 2005) e 2) porque a literatura tem sugerido que a DPP prejudica o comportamento sócio-afetivo mãe-bebê através dos domínios faciais, vocais e táteis (WEINBERG & TRONICK, 1998).

A sessão de observação durava, aproximadamente, dois minutos (Anexo F). Através da técnica de micro-análise, a presença de cada comportamento era medida segundo por segundo (COHN et al., 1990). Ao final da análise, era obtida a freqüência relativa de cada comportamento mensurado, ou seja, obtinha-se a porcentagem do tempo de filmagem em que a mãe e/ou o bebê apresentaram determinado comportamento. Essa freqüência foi usada para formar o escore em cada categoria. Por exemplo, se a mãe olhou para o bebê em 90% do tempo, o escore dela na categoria olhar para o bebê foi 90. Desta maneira, o valor dos escores referentes a cada categoria poderia variar de zero a 100. Essas pontuações foram usadas como variáveis métricas nas análises estatísticas.

5.4.4 Análise de Estilos Interativos Maternos

Esta análise foi baseada num procedimento observacional típico adotado por Tronick e Cohn e pelo grupo de pesquisa de Field cunhado de "Classificação do Estilo de Interação Materno" (FIELD et al., 2003). Este procedimento costumar classificar, geralmente, mães deprimidas de acordo com três possíveis estilos de interação: 1) intrusivo; 2) retraído; e 3) boa interação. Porém, o presente estudo classificou não apenas as mães com DPP, como também aquelas sem DPP.

Mães *intrusivas* se caracterizariam por expressar contato físico bruto, ao fazer cócegas ("tickling"), empurrar ("poking"), puxar ("tugging"), interferir ativamente nas atividades de seus bebês, agindo de uma maneira abrupta durante pelo menos 50% da interação. Poderiam ainda ser consideradas *intrusivas* se demonstrassem fala aguda, não-contingente e exagerada, além de expressões faciais falsas e exageradas durante pelo menos 10% da interação. Mães *retraídas* exibiriam toque e vocalização raros, comportamento desengajado e não responsivo, não direcionariam o olhar para seus bebês, olhando para longe e, dariam pouco suporte às atividades de seus bebês durante pelo menos 50% da interação. Poderiam ainda ser consideradas *retraídas* se elas demonstrassem afeto raso ("flat affect") e fala pouco coerente ao longo da interação (DIEGO et al., 2002). Já mães consideradas *boa interação* seriam parecidas com mães não-deprimidas, apresentando quantidades moderadas de sorriso, toque sensível e comportamento contingentemente responsivo (item 3.2).

A sessão de observação tinha duração aproximada de três minutos. A cada intervalo de dez segundos, comportamentos físicos, afetivos e/ou vocais maternos eram codificados (verificar definições operacionais no Anexo H). Ao final de cada análise, era feito uma somatória para verificar se a mãe era preponderantemente intrusiva, retraída ou boa interação. Além desta somatória, usada pelos estudos do grupo de pesquisa da Field, as avaliadoras do

presente estudo fizeram um parecer que explicava pormenorizadamente porque a mãe deveria se enquadrar em um dos três possíveis estilos (Anexo G).

5.5 Análise estatística

Primeiramente, para descrever as características gerais da amostra foram realizadas análises descritivas dos dados, a partir das freqüências, no caso das variáveis categóricas, e das médias, desvios padrões e valores mínimos e máximos no caso de variáveis métricas.

A seguir, para verificar se a DPP e os estilos interativos maternos influenciavam nos comportamentos das mães e dos bebês, foi realizada uma MANOVA considerando a "presença de DPP" e os "estilos interativos maternos" como variáveis independentes (VIs) e as "categorias comportamentais das mães e dos bebês" como variáveis dependentes (VDs). Nesta mesma seção, Correlações de Pearson foram empreendidas para estudar possíveis nuances entre os arranjos interativos de díades potencialmente deprimidas e não-deprimidas.

Em seguida, para responder se a DPP e os estilos interativos maternos apresentavam associação com os fatores contextuais selecionados para o presente estudo, foram realizadas ANOVAS (DPP X fatores contextuais métricos) e testes de Qui-quadrado (DPP X fatores contextuais categóricos) para ver quais eram os fatores contextuais associados à DPP. Depois de obter quais fatores eram significantes, foi realizada uma MANOVA considerando "presença de DPP" e "estilos interativos maternos" como VIs e os "fatores contextuais" como VDs.

A seguir, para verificar se os fatores contextuais e a DPP se correlacionavam com as categorias comportamentais foi realizada nova MANOVA *(fatores* categóricos e DPP X comportamentos) e Correlações de Pearson para díades com e sem DPP (fatores métricos X comportamentos).

Por fim, uma análise fatorial foi feita para verificar se as categorias comportamentais das mães e dos bebês se agrupavam em fatores formando pacotes comportamentais que corroborassem a literatura. Todos os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 13.0 for Windows.

6. RESULTADOS

Os Resultados foram divididos em duas partes:

Parte I: resultados referentes às características gerais da amostra

Parte II: resultados referentes aos objetivos específicos do estudo.

PARTE I: Características gerais da amostra

Inicialmente, para dar um panorama geral dos resultados, as características gerais das díades com e sem DPP podem ser observadas nas Tabelas 6 (variáveis métricas) e 7 (variáveis não métricas). Importante lembrar que as variáveis da tabela que carregam um asterisco (*) foram significantes em relação à DPP. Porém, nesta primeira parte dos resultados, estas variáveis serão apresentadas apenas descritiva e resumidamente para caracterização geral dos grupos de mães para, posteriormente (Parte II), serem melhor exploradas.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis métricas pesquisadas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Variáveis	***Grupo***	***N***	***Média***	***D. P.***	***Valor mínimo***	***Valor máximo***
Idade da mãe (anos)	Com DPP	25	26,9	5,9	16,0	38,0
	Sem DPP	50	25,0	5,6	16,0	37,0
Idade do companheiro (anos)	Com DPP	22	30,5	9,0	17,0	56,0
	Sem DPP	42	28,9	5,9	17,0	51,0
Escolaridade da mãe (anos) *	Com DPP	25	8,6	3,7	1,0	16,0
	Sem DPP	50	9,9	2,1	5,0	15,0
Número de pessoas morando na mesma casa *	Com DPP	25	4,9	3,6	2,0	18,0
	Sem DPP	50	3,6	1,5	1,0	7,0
Idade da menarca	Com DPP	25	12,9	1,3	11,0	15,0
	Sem DPP	50	12,9	1,5	9,0	15,0
Idade da 1º relação sexual	Com DPP	25	16,7	3,5	11,0	26,0
	Sem DPP	49	17,0	3,1	12,0	30,0
Número total de filhos *	Com DPP	25	1,1	0,9	0,0	3,0
	Sem DPP	50	0,6	0,8	0,0	3,0
Mês que descobriu a	Com DPP	16	1,6	0,9	1,0	4,0

gravidez	Sem DPP	32	1,6	0,6	1,0	3,0
Mês que iniciou o pré-natal	Com DPP	16	1,9	1,1	1,0	4,0
	Sem DPP	31	2,2	0,8	1,0	4,0
Número de consultas durante o pré-natal	Com DPP	17	7,5	2,3	4,0	14,0
	Sem DPP	41	7,5	1,9	3,0	11,0
Tempo de gestação (em semanas) *	Com DPP	20	38,8	1,3	36,0	40,0
	Sem DPP	44	39,5	1,1	37,0	42,0
Peso (gramas)	Com DPP	19	3.415,0	503,7	2.545,0	4.675,0
	Sem DPP	46	3.330,5	406,9	2.625,0	4.155,0
Altura (cm)	Com DPP	13	49,8	2,4	46,0	54,0
	Sem DPP	30	49,2	3,1	42,0	57,0

Tabela 7 - Estatísticas descritivas das variáveis categóricas pesquisadas (tamanho da amostra, freqüência e porcentagem).

Variáveis	**Grupo**	**N**	**Porcentagem (%)**
Ocupação da mãe			
Trabalha	Com DPP	25	44,0
	Sem DPP	50	48,0
Estuda	Com DPP	25	8,0
	Sem DPP	50	10
Ocupação do pai			
Trabalha	Com DPP	25	96,0
	Sem DPP	49	83,7
Estuda	Com DPP	25	8,0
	Sem DPP	47	14,9
Tem companheiro			
Sim	Com DPP	25	64,0
	Sem DPP	50	76,0
Conflito conjugal[15]			
Sim	Com DPP	25	78,9
	Sem DPP	45	53,3
Convive com o pai do bebê			
Sim	Com DPP	25	72,0
	Sem DPP	50	86,0
Composição familiar			
Família nuclear (simples e estendida)	Com DPP	25	60,0
	Sem DPP	50	76,0
Família mononuclear (simples e estendida)	Com DPP	25	36,0
	Sem DPP	50	22,0
Outra	Com DPP	25	4,0
	Sem DPP	50	2,0
Paridade			
Primípara	Com DPP	25	32,0
	Sem DPP	50	50,0
Gravidez planejada			

[15] Esta variável foi criada a partir da subdivisão das sete faixas referentes à "qualidade da relação marital" (1. nada conflituosa, 2. um pouquinho conflituosa, 3. um pouco conflituosa, 4. razoavelmente conflituosa, 5. bastante conflituosa, 6. muito conflituosa, 7. extremamente conflituosa) em apenas duas: 1) conflituosa (de um pouquinho a extremamente conflituosa) e 2) não conflituosa (nada conflituosa).

Sim	Com DPP	24	33,3
	Sem DPP	47	38,3
Intercorrência durante a gravidez			
Sim	Com DPP	25	39,1
	Sem DPP	45	24,4
Tipo do parto			
Normal	Com DPP	25	56,5
	Sem DPP	46	69,6
Cesariana	Com DPP	25	26,1
	Sem DPP	46	17,4
Fórcipe	Com DPP	25	17,4
	Sem DPP	46	13,0
Complicações durante o parto			
Sim	Com DPP	25	8,7
	Sem DPP	46	17,4
*Histórico de depressão anterior à gravidez **			
Sim	Com DPP	25	58,3
	Sem DPP	49	18,4
Sexo do bebê			
Feminino	Com DPP	25	56,0
	Sem DPP	50	66,0

6.1. Variáveis sócio-demográficas, reprodutivas, obstétricas, psiquiátricas e infantis

A idade média das mães deprimidas foi de, aproximadamente, 27 ± 5,9 anos, enquanto que a média de idade das não-deprimidas foi de 25 ± 5,6 anos. A média de idade dos companheiros de mães deprimidas foi de 30 ± 9,0 anos e, de 29 ± 5,9 anos para companheiros de não-deprimidas. Na maioria dos casos as participantes moravam ou conviviam com os pais dos bebês (72% das deprimidas; 86% das não-deprimidas). Houve mais mães deprimidas que relataram conflito conjugal do que mães não deprimidas (78,9% das deprimidas; 53,3% das não-deprimidas).

Em relação aos anos de escolaridade, mães deprimidas tinham estudado, em média, menos (média = 8,6 ± 3,7 anos) que não-deprimidas (média = 9,9 ± 2,1 anos). Aproximadamente, metade das participantes (44% das deprimidas; 48% das não-deprimidas) e a maioria dos seus companheiros (96% dos companheiros de deprimidas; 83,7% dos

companheiros de não-deprimidas) trabalhava. Em contrapartida, em relação aos anos de escolaridade, uma minoria tanto das participantes quanto dos seus companheiros estudava (8% das deprimidas e de seus companheiros; 10% das não-deprimidas; 14,9% dos companheiros de não-deprimidas). As casas de mães deprimidas tinham, em média, mais habitantes (média = 5 ± 3,6) quando comparadas às casas de não-deprimidas (média = 3,6 ± 1,5). Quanto à composição familiar das participantes, mais da metade pertencia a famílias nucleares simples[16] ou estendidas[17] (60% das deprimidas; 76% das não-deprimidas).

Mais da metade das participantes (66,7% das deprimidas; 61,7% das não-deprimidas) não planejou a gravidez. Tanto mães deprimidas quanto não-deprimidas descobriram a gravidez, aproximadamente, na metade do primeiro mês de gestação (média $_{\text{deprimidas}}$ = 1,6 ± 0,9; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 1,6 ± 0,6). Ambas começaram o pré-natal por volta dos dois meses (média $_{\text{deprimidas}}$ = 1,9 ± 1,1; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 2,2 ± 0,8). Foram, em média, a sete consultas durante o pré-natal (média $_{\text{deprimidas}}$ = 7,5 ± 2,3; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 7,5 ± 1,9). Mais da metade das mães não tiveram intercorrências durante a gestação (60,9% das deprimidas; 75,6% das não-deprimidas) que durou, em média, 39 semanas (média $_{\text{deprimidas}}$ = 38,8 ± 1,3; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 39,5 ± 1,1). Comparando os três tipos de parto realizados, os mais freqüentes foram normais (56,5% das deprimidas; 69,9 das não-deprimidas), sendo que a maioria deles ocorreu sem complicações (91,3% das deprimidas; 82,6% das não-deprimidas). Enquanto mais de metade (58,3%) das puérperas deprimidas tinha apresentado episódio de depressão anterior à gestação atual, somente uma minoria das não-deprimidas (18,4%) tinha histórico depressivo. A maioria das mulheres era multípara (68% das deprimidas; 50% das não-deprimidas), mas foi observado que as deprimidas tinham mais filhos (média = 1,1 ± 0,9) quando comparadas às não-deprimidas (média = 0,6 ± 0,8). Os bebês nasceram pesando, em média, três quilos (média $_{\text{deprimidas}}$ = 3.415,0 ± 503,7; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 3.330,5 ± 406,9) e com,

[16] Família nuclear é composta por pai, mãe e filhos.
[17] Família nuclear estendida é composta por pai, mães, filhos e outros moradores (parentes e/ou amigos).

aproximadamente, 50 cm de altura (média $_{\text{deprimidas}}$ = 49,8 ± 2,4; média $_{\text{não-deprimidas}}$ = 49,2 ± 3,1). Mais da metade dos bebês eram meninas (56% das deprimidas; 66% das não-deprimidas).

6.2. Concordância entre observadores referente à análise de Categorias Comportamentais

Esta análise foi realizada por duas observadoras cegas. Por se tratar de um escore métrico, o grau de concordância entre observadores foi testado através de correlação de Pearson. Essa análise de concordância correlacionou cada categoria comportamental (freqüência relativa) mensurada pelas duas observadoras. Enquanto a pesquisadora do presente estudo analisou a amostra total (N = 75), uma observadora auxiliar analisou uma sub-amostra de 28% do total (N = 21). Boa parte da literatura considera suficiente para a obtenção da confiabilidade entre observadores a análise de 20% do total das observações realizada por um segundo avaliador (WEINBERG & TRONICK, 1994; MALPHURS et al., 1996; ROCHAT, STRIANO & BLATT, 2002; MOSZKOWSKI & STACK, 2007). Como resultado, todas as categorias comportamentais observadas atingiram correlações fortes, maiores que 0,9, indicando mais de 90% ($p < 0,001$) de concordância entre observadores (Tabela 8).

Tabela 8 - Correlações de Pearson por variável categórica entre observadores. Todas as correlações foram significativas ($p < 0,001$). N = 21.

	Categorias	Correlação de Pearson
Mãe	Olhar	0,987
	Sorriso	0,994
	Verbalização	0,957
	Toque	0,999
Bebê	Olhar (olho-no-olho)	0,998
	Olhar (mão da mãe)	0,990
	Sorriso	0,986
	Vocalização	0,932
	Choro	1,000

6.2.1 Análise de categorias comportamentais das mães e dos bebês

Numa seqüência decrescente, os comportamentos que ocorreram com maior freqüência para as mães deprimidas e não-deprimidas foram: 1) olhar; 2) verbalização; 3) toque; e 4) sorriso. Para os bebês de mães tanto deprimidas quanto não-deprimidas, o comportamento mais freqüente foi o olhar, sendo seguido pelo sorriso, pela vocalização e pelo choro (Tabela 9).

Tabela 9 - Escore médio de categorias comportamentais exibidas entre as díades com e sem DPP.

Categorias das mães	**Mães com DPP**	**Mães sem DPP**
1) Olhar	96,9	94
2) Verbalização	79,1	80,9
3) Sorriso	43,9	46,1
4) Toque	70,5	69,7
Categorias dos bebês	**Bebês de mães com DPP**	**Bebês de mães sem DPP**
1) Contato de Olhar	54,9	47,4
2) Olhar para mãe da mãe	17,3	22
3) Vocalização	13,2	7,6
4) Sorriso	14,9	15,9
5) Choro	0,2	3,1

6.3. Concordância entre observadores referente à análise de Estilos Interativos Maternos

Esta análise foi realizada também por duas observadoras cegas. Por se tratar de um escore categórico não-binário, a fidedignidade deste instrumento foi obtida através da correlação de Spearman. Essa análise de concordância correlacionou cada estilo interativo materno mensurado pelas duas observadoras. Enquanto uma observadora analisou a amostra total, a segunda analisou uma sub-amostra de 29,3% do total (N = 22), valor um pouco superior ao que geralmente vem sendo usado na literatura (20%) (WEINBERG & TRONICK, 1994; MALPHURS et al, 1996; ROCHAT, STRIANO & BLATT, 2002; MOSZKOWSKI & STACK, 2007). Como resultado, o percentual de acordo entre observadores foi de 73,7% (N = 22, $p < 0,001$), indicando que houve bom acordo a respeito dos estilos interativos maternos.

6.3.1 Análise de Estilos interativos maternos

O estilo interativo materno mais exibido por mães deprimidas e não-deprimidas foi o estilo boa interação, seguido do estilo intrusivo e, por fim, do retraído (Tabela 10).

Tabela 10 - Freqüência relativa de estilos interativos maternos exibidos entre as mães com e sem DPP

Estilos	**Mães com DPP (N =25)**	**Mães sem DPP (N = 50)**
1) Boa interação	16 (64%)	27 (54%)
2) Intrusivo	7 (28%)	18 (36%)
3) Retraído	2 (8%)	5 (10%)

PARTE II: Características específicas da amostra

A seguir, os resultados foram descritos a fim de responder aos objetivos do presente estudo.

6.4 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês

O primeiro objetivo do presente estudo foi investigar se a presença de DPP e os estilos interativos maternos (intrusivo, retraído e boa interação) tiveram efeito sobre a exibição das categorias comportamentais das mães (olhar, sorriso, verbalização e toque) e dos bebês (olhar, sorriso, vocalização e choro). Embora em algumas pesquisas não se registrem diferenças, a literatura tem sugerido os seguintes efeitos da DPP (rever itens 4.1 e 4.2):

A) Sobre os comportamentos: 1) mães deprimidas olham, sorriem, verbalizam e tocam menos; e 2) bebês de mães deprimidas olham, sorriem e vocalizam menos, e choram mais.

B) Sobre os estilos interativos maternos: 1) a maioria das mães deprimidas é considerada intrusiva, seguidas pelo grupo das retraídas e, por fim, das mães boa interação (rever itens 4.1 e 4.2).

C) Em relação ao efeito dos estilos interativos maternos sobre os comportamentos: 1) mães intrusivas olham, sorriem, vocalizam e tocam mais; 2) mães retraídas olham, sorriem, vocalizam e tocam menos; e 3) mães boa interação olham, sorriem, vocalizam e tocam moderadamente seus bebês (rever itens 4.1 e 4.2).

Para examinar esta questão, uma Análise de Variância Multivariada (MANOVA) foi realizada considerando as variáveis categóricas “presença de DPP” e “estilos interativos maternos” como variáveis independentes e as variáveis métricas “categorias

comportamentais" variáveis dependentes. Não foi encontrado efeito principal significativo da DPP sobre as categorias comportamentais. No entanto, essa variável foi significativa quando observada em interação com o estilo interativo da mãe (Lambda de Wilks = 0,613, F (18,122) = 1,758, p < 0,05, PO = 0,938). Também houve efeito global principal do estilo interativo sobre o conjunto de variáveis dependentes (Lambda de Wilks = 0,613, F(18, 122) = 1,876, p < 0,05, PO = 0,954).

As análises univariadas subseqüentes revelaram efeito estatisticamente significativo do tipo de estilo interativo sobre as variáveis comportamentais "sorriso da mãe" (F(2) = 6,730, p 0,01, PO = 0,905) e "verbalização da mãe" (F (2) = 9,403, p 0,001, PO = 0,974). O *Post Hoc* Tukey-b mostrou que houve diferença significativa entre as médias de comportamentos das mães retraídas em relação às médias das mães com outros estilos interativos (intrusivo e boa interação). As mães retraídas sorriram menos (16,9), em média, do que as mães intrusivas (51,9) e boa interação (46,4). Mães retraídas também verbalizaram menos (46,4), em média, quando comparadas às mães intrusivas (84,9) e boa interação (83,1).

No entanto, houve efeito de interação entre DPP e o estilo interativo materno sobre as variáveis comportamentais "olhar da mãe" (F(2) = 3,617, p 0,05, PO = 0,650) e "verbalização da mãe" (F(2) = 9,017, p 0,001, PO = 0,969). Esses efeitos de interação podem ser visualizados nas Figuras 3 e 4.

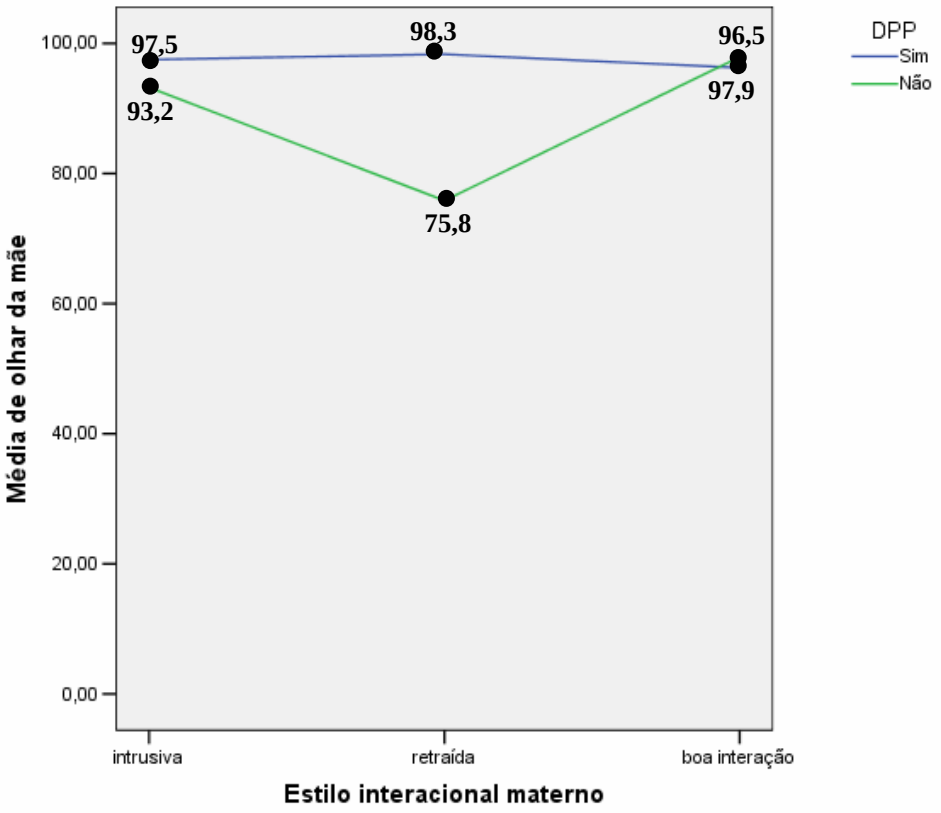

Figura 3 - Média do olhar da mãe entre os três diferentes estilos interativos.

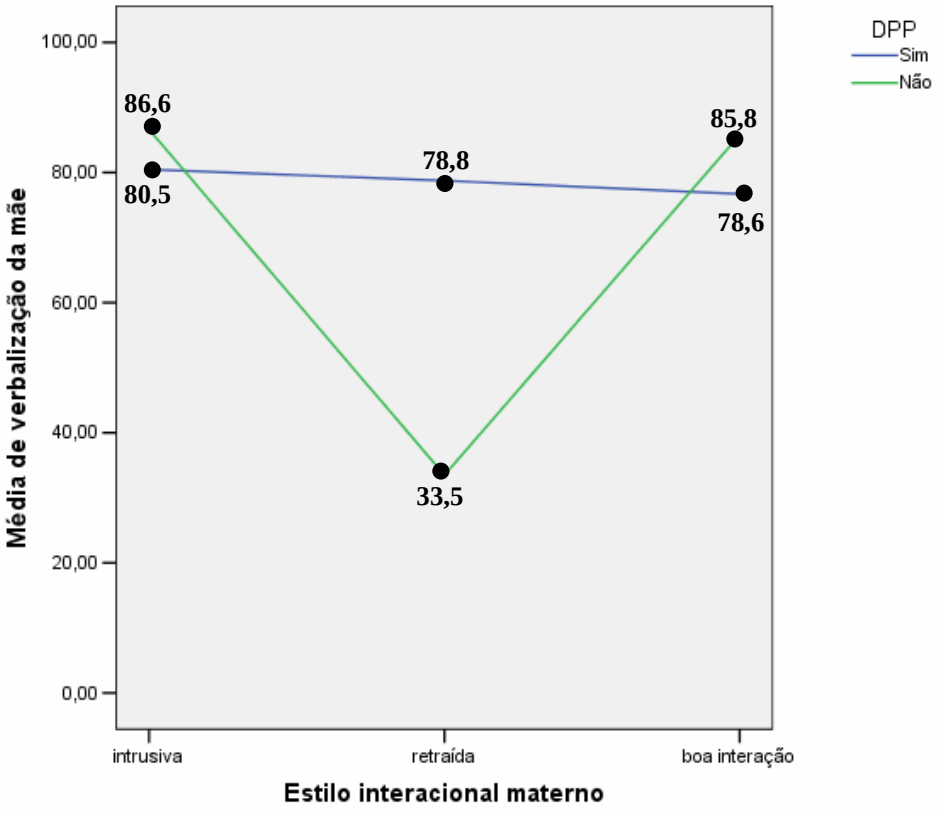

Figura 4 - Média da verbalização da mãe entre os três diferentes estilos interativos.

As Figuras 3 e 4 mostram que mães deprimidas, independentemente de seu estilo interativo, "olham" e "verbalizam" em uma freqüência semelhante. Entretanto, mães não-deprimidas somente quando consideradas retraídas, "olham" e "verbalizam" menos quando comparadas às mães intrusivas e boa interação.

Embora a MANOVA tenha mostrado efeito significativo da variável estilo interativo sobre o comportamento das mães, é necessário lembrar que o tamanho da amostra de mães retraídas era pequeno (N = 7). Isso se agrava ainda mais quando consideramos a interação entre DPP e estilo interativo, pois existem apenas duas mães retraídas com DPP e cinco sem DPP (Tabela 11). No entanto, ainda que a amostra de mães retraídas seja pequena, verifica-se uma grande diferença de médias entre mães deprimidas retraídas (média $_{olhar}$ = 98,3; média $_{verbalização}$= 78,8) e não-deprimidas retraídas (média $_{olhar}$ = 75,8; média $_{verbalização}$ = 33,4).

Tabela 11 - Distribuição dos diferentes estilos maternos em função da DPP.

	DPP		***Total***
Estilo materno	Sim (N = 25)	Não (N = 50)	
Intrusiva	7	18	25
Retraída	2	5	7*
Boa interação	16	27	43

Devido à limitação imposta pelo pequeno número de mães retraídas, uma nova MANOVA foi realizada excluindo essas mães da análise e comparando apenas as categorias de mães intrusivas e boa interação. Nessa análise, não foram encontrados efeitos globais significativos da DPP e dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais. A partir desse resultado, podemos inferir que as diferenças entre os grupos, encontradas na MANOVA anterior, se deveram unicamente ao caráter diferencial do subgrupo de mães retraídas (N = 7) encontrado no presente estudo.

Além das duas MANOVAs supracitadas, foram realizadas correlações de Pearson para tentar identificar nuances entre as interações de díades com e sem DPP. As correlações identificaram que as categorias comportamentais estiveram associadas de maneira diferente nos grupos de mães deprimidas e não-deprimidas. Como resultados, foram encontradas algumas correlações semelhantes para díades com e sem DPP ("sorriso da mãe" e "sorriso do bebê"; e "toque da mãe" e "ausência de contato de olhar do bebê"). Outras correlações significativas foram detectadas apenas para díades deprimidas ("toque da mãe" e "olhar para a mão da mãe"), ou apenas para díades não-deprimidas ("olhar da mãe" e "verbalização da mãe"; "verbalização da mãe" e "sorriso da mãe"; "olhar do bebê" e "sorriso do bebê"; "sorriso do bebê" e "vocalização do bebê"; e "sorriso da mãe" e "ausência de choro do bebê"). Sendo assim, três conclusões podem ser retiradas relativas às: *1) semelhanças entre díades com e sem DPP:* o "sorriso da mãe e do bebê" encontrado em ambos os grupos parece ter um efeito interacional preponderante que não é afetado pela DPP; *2) peculiaridade de díades com DPP:* a correlação entre "toque da mãe" e "olhar do bebê para a mão da mãe" encontrada somente em díades deprimidas parece ser sugestiva de um ajustamento interacional dos bebês frente ao que suas mães podem oferecer; e *3) peculiaridades de díades sem DPP*: as correlações entre "verbalização e olhar da mãe", "verbalização e sorriso da mãe", "olhar e sorriso do bebê", "sorriso e vocalização do bebê" e "sorriso da mãe" e "ausência de choro do bebê" parecem mostrar um padrão mais consistente encontrado somente para díades não-deprimidas (Tabela 12). Assim como em grande parte dos estudos da área, vale lembrar que as correlações encontradas foram fracas a moderadas (fracas: 0,06-0,32; moderadas: 0,33-0,60).

Tabela 12 - Correlações de Pearson entre as categorias comportamentais das mães e dos bebês entre díades com e sem DPP.

	Díades com DPP		Díades sem DPP	
	Correlação de Pearson	**Sig**	**Correlação de Pearson**	**Sig**
Semelhanças (díades com e sem DPP)				
1. sorriso da mãe e sorriso do bebê	0,499	p □ 0,05	0,343	p □ 0,05
2. toque da mãe e olhar do bebê	-0,438	p □ 0,05	-0,361	p □ 0,05
Particularidade (díades com DPP)				
1. toque da mãe e olhar para mão da mãe do bebê	0,429	p □ 0,05	-	-
Particularidades (díades sem DPP)				
1. olhar e verbalização da mãe	-	-	0,521	p □ 0,001
2. sorriso e verbalização da mãe	-	-	0,503	p □ 0,001
3. olhar e sorriso do bebê	-	-	0,453	p □ 0,001
4. sorriso e vocalização do bebê	-	-	0,424	p □ 0,01
5. sorriso da mãe e choro do bebê	-	-	-0,302	p □ 0,05

6.5 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre os fatores contextuais

A primeira parte do segundo objetivo do presente estudo foi investigar se a presença de DPP e os estilos interativos maternos (intrusivo, retraído e boa interação) apresentaram associação com os fatores contextuais selecionados (Anexo A). Com base na literatura, certos fatores contextuais podem funcionar como fatores de risco para a DPP, ou mesmo, agir sinergicamente com a DPP. E, de acordo com uma das hipóteses do presente estudo, os fatores contextuais podem estar presentes em proporções diferentes de mães, dependendo do estilo interativo materno (segundo objetivo do item 4.2).

Para examinar quais dos fatores contextuais existentes na presente amostra estiveram associados com a DPP, foram realizadas: 1) Análises de Variância Univariadas (ANOVAs)[18] considerando a variável categórica "presença de DPP" como VI e as variáveis métricas de interesse como VDs; e 2) Testes de Qui-quadrado para testar a associação de DPP com as variáveis categóricas.

[18] Nas ANOVAs, todas as variáveis métricas foram padronizadas pelo escore Z.

Foram encontradas nas ANOVAs diferenças estatisticamente significativas entre a DPP e as seguintes variáveis métricas: 1) anos de escolaridade materna ($F(1) = 4{,}331$, $p < 0{,}05$); 2) número de pessoas que moravam na mesma casa ($F(1) = 4{,}831$, $p < 0{,}05$); 3) número de filhos vivos ($F(1) = 4{,}414$, $p < 0{,}05$) e 4) tempo de gestação ($F(1) = 5{,}290$, $p < 0{,}05$) (ver Tabela 13).

Outras variáveis métricas também foram testadas, mas não foi encontrado efeito significativo. Estas variáveis foram: 1) "idade da mãe"; 2). "idade do companheiro"; 3) "mês em que a mãe descobriu a gravidez"; 4) "mês em que a mãe começou o pré-natal"; 5) "número de outros filhos"; 6) "número de moradores (incluindo adultos e crianças) que habitavam a mesma casa"; 7) "idade da menarca"; 8) "idade da primeira relação sexual"; 9) "peso do bebê"; 10) "altura do bebê"; e 11) "número de consultas feitas durante o pré-natal".

Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis métricas significativas nas ANOVAs.

ANOVAs	*Mães com DPP*	*Mães sem DPP*
1. Anos de escolaridade	8,6 ± 3,7	9,9 ± 2,1
2. Número de pessoas na casa	4,9 ± 3,7	3,7 ± 1,5
3. Número de filhos vivos	1,1 ± 0,9	0,7 ± 0,9
4. Semanas de gestação	38,8 ± 1,3	39,5 ± 1,1

Os testes de Qui-quadrado encontraram associação significativa entre a DPP e a variável categórica "histórico de depressão anterior à gestação" ($\chi^2(1) = 11{,}924$; $p < 0{,}001$). Sendo assim, este teste mostrou que houve maior freqüência de histórico de depressão anterior à gravidez entre as mães deprimidas do que seria esperado ao acaso.

Outras variáveis categóricas foram testadas, porém nenhuma delas encontrou efeito significativo. Estas variáveis foram: 1) "qual UBS a mãe freqüenta"; 2) "se a mãe trabalha e /ou estuda"; 3) "se o pai trabalha e/ou estuda"; 4) "se a mãe é primípara ou multípara"; 5) "se a mãe parou de trabalhar devido à gravidez ou por opção"; 6) "se a gravidez foi planejada"; 7) "se houve intercorrências durante a gravidez"; 8) "qualidade do ambiente familiar na

infância"; 9) "se a mãe tem companheiro"; 10) "se a mãe convive com o pai do bebê"; 11) "se o pai do bebê tem filhos de outros relacionamentos"; 12) "qualidade da relação conjugal"; 13) "composição familiar"; 14) "sexo do bebê"; 15) "tipo do parto"; 16) "complicações durante o parto"; 17) "se teve acompanhante durante o parto"; 18) "se amamenta"; e 19) "se amamentou outros filhos".

As análises univariadas (usando os testes de ANOVA e Qui-quadrado) identificaram quais variáveis, isoladamente, estavam relacionadas com a DPP. Essas variáveis foram, a seguir, testadas em um modelo multivariado, usando MANOVA, para investigar se, quando testadas em conjunto, tinham efeito sobre a DPP. Essa técnica permite evitar confusão de efeitos devidos à colinearidade.

Portanto, para examinar se "a presença de DPP" e dos "estilos interativos maternos" estavam associadas às variáveis significativas rastreadas pelas análises univariadas, foi realizada uma Análise de Variância Multivariada (MANOVA). Nesta nova MANOVA, as variáveis categóricas "presença de DPP" e "estilos interativos maternos" foram consideradas como VIs e as variáveis métricas que se mostraram significativamente associadas à DPP nos testes de ANOVA supracitadas foram consideradas VDs.

A MANOVA não revelou efeito principal dos estilos interativos sobre as variáveis dependentes, nem mesmo em interação com a DPP. Entretanto, houve efeito global significativo da DPP sobre os fatores contextuais (Lambda de Wilks = 0,807, $F(4, 55) = 3,289$, $p < 0,05$, PO = 0,805). Análises univariadas subseqüentes mostraram que o efeito se deu sobre "anos de escolaridade" ($F(1) = 8,054$, $p < 0,01$, PO = 0,797) e "número de filhos" ($F(1) = 5,191$, $p < 0,01$, PO = 0,802). As mães deprimidas, em média, estudavam menos (7,9) e tinham mais filhos (1,2) quando comparadas às médias de anos de estudo (9,8) e número de filhos (0,6) das não-deprimidas.

6.6 Relação entre os fatores contextuais e as categorias comportamentais para díades com e sem DPP

A segunda parte do segundo objetivo foi investigar se os fatores contextuais se relacionavam às categorias comportamentais de díades com e sem DPP. De acordo com a literatura, certos fatores contextuais considerados de risco para DPP são capazes de diminuir a qualidade da interação mãe-bebê. Deste modo, estes fatores contextuais considerados de risco para DPP podem fazer com que as mães deprimidas olhem, sorriam, verbalizem e toquem menos seus bebês, enquanto seus bebês, olhem, sorriam, vocalizem e chorem mais (segundo objetivo do item 4.2).

Para examinar esta questão foram realizadas diversas MANOVAs, cada uma delas contendo um dos "fatores contextuais" categóricos[19] e a variável "presença de DPP" como VIs e as "categorias comportamentais" como VDs. Não foi possível testar todos os fatores contextuais categóricos em conjunto em uma única MANOVA, devido ao tamanho insuficiente da amostra.

A única relação estatisticamente significante foi encontrada na MANOVA que considerou a "DPP" e o fator contextual "planejamento da gravidez" como VIs e as categorias comportamentais como VDs. Nenhum efeito global significativo da DPP foi encontrado sobre as categorias comportamentais (Lambda de Wilks = 0,899, F(9,59) = 0,735, p = 0,675, PO = 0,326). Da mesma maneira, embora não tenha sido encontrado efeito global significativo do "planejamento da gravidez" sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês (Lambda de Wilks = 0,829, F(9,59) = 1,355, p = 0,229, PO = 0,596), a ANOVAS

[19] Os fatores contextuais categóricos usados foram: 1. "qual UBS a mãe freqüenta"; 2. "se a mãe trabalha e /ou estuda"; 3. "se o pai trabalha e/ou estuda"; 4. "se a mãe é primípara ou multípara"; 5. "se a mãe parou de trabalhar devido à gravidez ou por opção"; 6. "se a gravidez foi planejada"; 7. "se houve intercorrências durante a gravidez"; 8. "qualidade do ambiente familiar na infância"; 9. "se a mãe tem companheiro"; 10. "se a mãe convive com o pai do bebê"; 11. "se o pai do bebê tem filhos de outros relacionamentos"; 12. "qualidade da relação conjugal"; 13. "composição familiar"; 14. "sexo do bebê"; 15. "tipo do parto"; 16. "complicações durante o parto"; 17. "se teve acompanhante durante o parto"; 18. "se amamenta"; e 19. "se amamentou outros filhos".

subseqüentes revelaram efeito estatisticamente significativo do "planejamento da gravidez" sobre as médias de "vocalização do bebê" ($F(1) = 6{,}983$, $p < 0{,}05$, $PO = 0{,}740$). Bebês de mães (potencialmente deprimidas e não-deprimidas) que haviam planejado a gravidez, em média, vocalizavam mais (13,5) quando comparados aos bebês de mães que não haviam planejado a gravidez (5,9).

As associações entre os fatores contextuais métricos [20] e as categorias comportamentais foram testadas através de Correlações de Pearson. Para díades potencialmente deprimidas, foram encontradas duas correlações estatisticamente significantes entre as variáveis: 1) "número de outros filhos que moravam na mesma casa" e "verbalização da mãe"; e 2) "número de crianças morando na mesma casa" e "vocalização do bebê". Para díades não deprimidas apenas uma correlação significativa foi encontrada entre as variáveis: "número de outros filhos morando na mesma casa" e "vocalização do bebê".

Em suma, estas correlações mostraram que: 1) quanto maior o número de outros filhos que as mães deprimidas tinham, menos elas verbalizaram para seus bebês; e 2) quanto maior o número de crianças (sem parentesco com o bebê) morando na mesma casa das mães deprimidas, mais seus bebês vocalizaram durante as interações; 3) quanto maior o número de outros filhos que as mãe não-deprimidas tinham, mais os bebês vocalizaram para suas mães. Os resultados das correlações de Pearson podem ser visualizados na Tabela 14.

[20] Os fatores contextuais métricos usados foram: 1. "idade da mãe"; 2. "idade do companheiro"; 3. "mês em que a mãe descobriu a gravidez"; 4. "mês em que a mãe começou o pré-natal"; 5. "número de outros filhos"; 6. "número de moradores (incluindo adultos e crianças) que habitavam a mesma casa"; 7. "idade da menarca"; 8. "idade da primeira relação sexual"; 9. "peso do bebê"; 10. "altura do bebê"; e 11. "número de consultas feitas durante o pré-natal".

Tabela 14 - Correlações de Pearson entre os fatores contextuais e as categorias comportamentais das mães e dos bebês.

Fatores contextuais e DPP X comportamentos	**Correlações**	**Sig**
Díades deprimidas		
Comportamento das mães		
"número de outros filhos" e "verbalização da mãe"	- 0,483	p □ 0,05
Comportamento dos bebês		
"número de crianças morando na mesma casa" e "vocalização do bebê"	0,509	p □ 0,05
Díades não-deprimidas		
Comportamento dos bebês	0,292	p □ 0,05
"número de outros filhos" e "verbalização do bebê"		

***** Vale lembrar que estas crianças não eram filhos biológicos das mães destes bebês

6.7 Fatores obtidos a partir das categorias comportamentais das mães e dos bebês

O quarto objetivo do presente estudo foi, primeiramente, investigar se as categorias comportamentais das mães e dos bebês eram capazes de se agrupar em função de fatores e, posteriormente, analisar estes fatores com base nos conceitos apresentados pela literatura.

Para examinar esta questão, foi realizada uma Análise Fatorial. Foram aplicados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de esfericidade de Bartlett para verificar se a amostra era adequada à aplicação da análise fatorial. Ambos os testes mostraram resultados satisfatórios: o KMO foi igual a 0,588 e, no Bartlett, o qui-quadrado foi igual a 137,653, p □ 0,001. A análise fatorial resultou em três fatores com auto-valores maiores que 1,0 a partir das categorias comportamentais das mães e dos bebês. Após a rotação (através do método Varimax), o primeiro fator explicou 20,3%, o segundo, 20,3% e o terceiro, 20,1% da variância da amostra. No total, portanto, os três fatores foram responsáveis por 60,8% da variância total da amostra.

A Tabela 15 mostra a matriz de componentes após a rotação dos fatores pelo método Varimax, a carga fatorial, a porcentagem de variância explicada e a nomenclatura referente a cada fator baseada na literatura. Foram considerados componentes do fator os itens com carga

fatorial acima de 0,500, valor considerado o mínimo para que a carga fatorial seja considerada de significância prática.

Tabela 15 - Cargas fatoriais referentes às categorias comportamentais em cada fator, usando o método de extração dos auto-valores maiores que 1,0 e rotação Varimax.

Comportamentos	***Fator 1 – Afetividade positiva diádica***	***Fator 2 – Olhar do bebê para o toque da mãe***	**Fator 3 – *Verbalização da mãe dirigida ao bebê***
Choro do bebê	- 0,723	-	-
Sorriso da mãe	0,658	-	-
Sorriso do bebê	0,654	-	-
Vocalização do bebê	0,548	-	-
Olhar do bebê para a mão da mãe	-	0,838	-
Olhar do bebê para a face da mãe	-	- 0,815	-
Toque da mãe	-	0,569	-
Verbalização da mãe	-	-	0,822
Olhar da mãe	-	-	0,740
% de variância explicada	**20,3%**	**20,3%**	**20,1%**

7. DISCUSSÃO

7.1 Apresentação dos resultados gerais

O presente estudo encontrou seis resultados principais que serão apresentados resumidamente e, posteriormente, discutidos:

A) Relação entre Fatores contextuais, DPP e categorias comportamentais

(1) mães com menor escolaridade, com maior número de filhos e com histórico de depressão anterior à gravidez tinham maiores probabilidades de apresentar DPP.

(2) Somente bebês de mães não-deprimidas que haviam planejado a gravidez, em média, vocalizaram mais para suas mães. Quanto maior o número de outros filhos, menos as mães deprimidas verbalizavam para seus bebês. Quanto maior o número de crianças (sem parentesco com o bebê) morando na mesma casa de mães deprimidas, mais seus filhos vocalizavam durante as interações.

B) Efeito da DPP sobre as categorias comportamentais e agrupamento das categorias em fatores

(1) Apesar de as díades deprimidas e não-deprimidas não diferirem quanto à freqüência das categorias comportamentais, a DPP teve um impacto diferencial nos arranjos interativos diádicos. Apenas as mães não-deprimidas apresentaram padrão correlacionado de verbalização, sorriso e olhar dirigido para seus bebês; enquanto, seus bebês, também apresentaram padrão correlacionado de olhar, sorriso, vocalização e ausência de choro em resposta às suas mães.

(2) A Análise Fatorial agrupou os comportamentos interativos das mães e dos bebês segundo três fatores: 1) “Afetividade positiva diádica” (sorriso da mãe; sorriso, vocalização e ausência de choro do bebê); 2) “Olhar do bebê para o toque da mãe” (toque da mãe; olhar do

bebê para mão da mãe e ausência de contato de olhar do bebê); 3) "Verbalização da mãe dirigida ao bebê" (olhar e verbalização da mãe).

C) Distribuição dos Estilos interativos maternos

(1) Mães, independentemente da presença de DPP, foram consideradas em primeiro lugar como boa interação (57,3%), em segundo lugar como intrusivas (33,3%) e em terceiro como retraídas (9,3%).

D) Efeito da DPP e dos Estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais

(1) somente mães não-deprimidas *retraídas* olharam e verbalizaram menos para seus bebês quando comparadas às demais.

7.2 Discussão dos resultados encontrados

7.2.1 Fatores contextuais associados à DPP

A literatura tem demonstrado que determinados fatores relativos ao contexto dos sujeitos experimentais têm se associado a certas doenças (REGO et al., 1990). Vale lembrar que estas relações não implicam causalidade, mas indicam quais variáveis estão associadas com a ocorrência e intensidade de determinado distúrbio, como por exemplo, a DPP (SILVA, 2008). Alguns fatores têm sido considerados associados à presença de DPP, como por exemplo: 1) depressão ou ansiedade durante a gravidez (BECK, 2002; ROBERTSON et al., 2004); 2) **história prévia de doença psiquiátrica** (PAYKEL ET AL., 1980; LEE et al., 2000; BECK, 2002; DANACI, 2002; ROBERTSON et al., 2004); 3) eventos de vida estressantes (morte de uma pessoa querida, divórcio e perda do emprego) (BECK, 2002; ROBERTSON et al., 2004); 4) baixo suporte social (principalmente do companheiro) (PAYKEL et al., 1980;

MARTINEZ-SCHALLMOSER, TELLEEN & MACMULLEN, 2003; ROBERTSON et al., 2004; BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006); 5) relação conjugal problemática (PAYKEL et al., 1980; BECK, 2002; DANACI et al., 2002; CHANDRAN et al., 2002; ROBERTSON, 2004); 6) fatores obstétricos (pré-eclampsia[21], hipemerese[22], trabalho de parto prematuro, hemorragia durante o parto) (ROBERTSON, 2004); 7) **baixo status sócio-econômico e menor escolaridade** (FIELD et al., 1990; ROBERTSON et al., 2004; LUCCHESE & TAMIS-LEMONDA, 2007; TANNOUS et al., 2008; BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006); 8) **maior número de filhos** (DANACI, 2002; RUSCHI et al., 2007); 9) ser solteira (BECK, 2002; TANNOUS et al., 2008); 10) baixa auto-estima (BECK, 2002); 11) gravidez não planejada nem desejada (BECK, 2002); 12) melancolia da maternidade (BECK, 2002); 13) ambiente familiar empobrecido durante a infância (SILVA, 2008); 14) relacionamento empobrecido na infância com a própria mãe (MÄNTYMAA, 2006); 15) maior número de pessoas morando na mesma casa da mãe (SILVA, 2008); 16) cronicidade da DPP (CAMPBELL, COHN & MEYERS, 1995; SCHWENGBER & PICCININI, 2003); 17) estresse e ansiedade (LEADBEATER & LINARES, 1992); e 18) alta irritabilidade e menor desempenho motor infantil (MURRAY & COOPER, 1997a).

Para o presente estudo foram encontrados apenas três fatores contextuais associados à presença de DPP: 1) menos anos de escolaridade; 2) maior número de filhos; e, 3) história prévia de doença psiquiátrica. Estes resultados foram totalmente corroborados pela literatura. É interessante notar que Silva (2008), ao aplicar uma regressão logística para identificar quais variáveis seriam preditivas ou causadoras da DPP, encontrou as mesmas variáveis que o presente trabalho, com a exceção de maior número de filhos.

[21] Caracteriza-se pela elevação da pressão arterial e pelo inchaço nas pernas ou no corpo inteiro, a partir da 20ª semana de gestação. Vasos sanguíneos ficam contraídos, diminuindo o suprimento de sangue e oxigênio ao feto, à placenta, aos rins, ao fígado, aos olhos, ao cérebro e a outros órgãos da mulher.
[22] Náusea e vômito excessivo durante a gravidez.

O status sócio-econômico é um produto da somatória de fatores como renda, educação e ocupação (BECK, 2002). Sendo assim, pode-se inferir que estas variáveis são altamente correlacionadas. No caso do presente estudo, portanto, o baixo índice de escolaridade encontrado pode indicar indiretamente baixa renda. Outro fato que confirma indiretamente o perfil de baixa renda da amostra trata-se da utilização do serviço público de saúde por todas as participantes do estudo. Pessoas que costumam fazer uso do serviço público no Brasil, em média, pertencem à parcela da população de menor status sócio-econômico.

Dito isto, vários estudos têm encontrado associação entre baixo status sócio-econômico e/ou menor escolaridade e presença de DPP (FIELD et al., 1990; BALLARD et al., 1994; SÉAGUIN et al., 1999; CHANDRAN et al., 2002; ROBERTSON et al., 2004; FAISAL-CURY, et al., 2004; BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006; MORAES et al., 2006; RUSCHI et al., 2007; TANNOUS et al., 2008). Para ilustrar este fato, uma meta-análise que comparou indivíduos de classes sociais diferentes, mostrou que indivíduos com menor status sócio-econômico tinham maior propensão a apresentar depressão, apresentando maior co-morbidade psiquiátrica e um prognóstico mais empobrecido quando comparado a indivíduos de classes sociais mais altas (LORANT et al., 2003). Além disso, coortes de mães que vivem abaixo da linha da pobreza (como mães afro-americanas e hispânicas solteiras e adolescentes) mostram maior incidência de depressão durante a gravidez (HALBREICH, 2004 apud LUCCHESE & TAMIS-LEMONDA, 2007). Da mesma forma, Ballard et al. (1994) encontraram uma associação entre DPP e o fato de estar desempregado e pertencer a uma classe social mais baixa em uma amostra de 200 casais em dois momentos do pós-parto (seis semanas e seis meses). Estes fatores também foram considerados preditivos de uma condição de vulnerabilidade feminina à DPP (FAISAL-CURY et al., 2004). Ruschi et al. (2007) encontraram que quanto menor o grau de escolaridade de 292 mães capixabas, maior a prevalência de depressão pós-parto. Séaguin et al. (1999), por sua vez, encontrou às nove

semanas do pós-parto, uma diferença significativa de prevalência de DPP entre mulheres ricas e pobres (8.3% *versus* 21.3%). Diferença de prevalência parecida foi constatada entre mulheres que freqüentam a rede particular de saúde (Hospital Israelita Albert Einstein) e aquelas que freqüentam o serviço público de saúde (Hospital Universitário) (8,5% versus 25,6%) (Projeto temático, no prelo). Reunindo todos estes dados, é possível que o ambiente sócio-econômico assuma um papel importante no aparecimento e desenvolvimento da DPP (FAISAL-CURY et al., 2004). Existe uma explicação evolutiva possível para justificar a influência do ambiente sócio-econômico sobre a DPP que foi preconizada por Hagen (1999). Segundo este autor, quando o ambiente sócio-econômico dos pais é rico em recursos materiais, os mesmos podem ser direcionados à provisão de cuidados aos descendentes. Níveis baixos de escolaridade e de renda diminuiriam as chances dos pais ou cuidadores de fornecerem suporte aos filhos, aumentando a probabilidade de ocorrência de DPP em amostras caracterizadas por escassez de recursos. Desta maneira, segundo Hagen, a DPP seria causada pela ausência de recursos (afetivos, materiais, etc.) e teria como função adaptativa angariar cuidados adicionais aos descendentes.

Apesar de estes estudos encontrarem associação entre baixo status sócio-econômico e/ou menor escolaridade e DPP, existem alguns que não encontram relação nenhuma entre estas variáveis (PAYKEL et al., 1980; COOPER et al., 1999; DA-SILVA et al., 1998; CRUZ, SIMÕES & FAISAL-CURY, 2005). Isto provavelmente ocorre porque a determinação da DPP parece estar associada a um conjunto complexo de fatores. Tal condição cria uma dificuldade adicional para a interpretação de possíveis efeitos da DPP na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. Isto ocorre,pois uma profusão de estressores é capaz de ser encontrada nestes ambientes de risco, agindo sinergicamente com a DPP. Desta forma, saber se a DPP é a única responsável por possíveis déficits na qualidade do relacionamento pais-filhos ou por eventuais prejuízos no desenvolvimento infantil, em populações vulneráveis

consideradas de alto risco, torna-se um desafio. Para ilustrar esta idéia, Stein et al. (1991), encontraram que o relacionamento com a criança só era afetado quando, junto com a depressão, a mãe estivesse passando por dificuldades conjugais, somadas a dificuldades financeiras e/ou no trabalho. Aparentemente, a DPP associada a outros fatores psico-sociais pode produzir efeitos mais prejudiciais do que isoladamente (CAMPBELL & COHN, 1997). Além disso, outros fatores de risco associados à DPP talvez sejam mais importantes do que a DPP *per se* (HAY, 1997; WEINBERG & TRONICK, 1998). Desta forma**,** é necessário empreender pesquisas que tentem, primeiramente, discriminar quais os possíveis estressores que agem em conjunto com a DPP, e, posteriormente, investigar quais deles seriam os mais preditivos de possíveis prejuízos interativos pais-filhos (MARQUETTE, 1999).

O resultado referente à relação significante entre maior número de filhos e DPP também encontra suporte na literatura (FAISAL-CURY et al., 2004; DANACI et al., 2002; RUSCHI et al., 2007). Como exemplo, Faisal-Cury et al. (2004) encontraram que maior número de filhos aumentava o risco de DPP numa amostra de 113 mulheres paulistanas avaliadas no 10° dia do pós-parto. Danaci et al. (2002) afirmaram em seu estudo que número de filhos vivos foi um dos fatores que aumentava a prevalência de DPP. Outro trabalho (YONKERS et al., 2001) descobriu que ter outras crianças pequenas em casa aumentava a probabilidade dos sintomas depressivos persistirem dentro do segundo ano pós-parto. Ruschi et al. (2007) encontraram que das 292 mães capixabas avaliadas, aquelas que apresentavam maior número de filhos vivos obtiveram também índice sugestivo de DPP. Desta forma, através destas evidências, ter um maior número de crianças parece ser um importante fator de risco para DPP. É possível que o acúmulo de mudanças biológicas e psicológicas a que são submetidas mulheres que tem mais de uma gravidez possa ser a razão para este aumento da taxa de DPP (DANACI et al., 2002). Outra justificativa foi formulada por Hagen (1999). Este autor acredita que um maior número de filhos torna-se também uma variável crítica do ponto

de vista evolutivo. Isto porque quanto maior o número de filhos maiores os custos de investimento por parte de suas mães e de outras pessoas de sua rede social. Crianças mais novas, mais especificamente, sempre tendem a significar maiores custos por serem mais vulneráveis do que crianças mais velhas que apresentam maiores chances de sobreviver com investimento materno reduzido. Sendo assim, os custos de ter um maior número de filhos e/ou um maior número de crianças pequenas para cuidar (YONKERS et al., 2001) podem exceder os benefícios relativos aos cuidados precoces, aumentando, portanto, a probabilidade da mãe de apresentar DPP.

Por fim, o resultado relativo à associação significante entre história prévia de doença psiquiátrica e DPP também encontrou fundamento na literatura. Embora no presente estudo não se possa falar em "fator de risco", pois nenhum modelo de regressão logística foi utilizado, Davey et al. (2008) encontraram que história prévia de depressão foi preditiva de DPP. Esta variável é bem estabelecida na literatura como fator de risco para o quadro depressivo pós-parto (PAYKEL ET AL., 1980; LEE et al., 2000; BECK, 2002; DANACI, 2002; ROBERTSON et al., 2004). Para ilustrar detalhes desta literatura, no estudo de Paykel et al. (1980), história prévia de doença psiquiátrica foi encontrada como fator preditivo de DPP numa amostra de 120 mulheres londrinas examinas aos seis meses do pós-parto. Lee et al. (2000) encontraram numa amostra de 220 mulheres chinesas que, não apenas a história de doenças psiquiátricas (incluindo a depressão), mas também o histórico psiquiátrico familiar destas mulheres se correlacionava à presença de DPP. Em uma meta-análise, Beck (2002) encontrou que história prévia de doença psiquiátrica era uma das variáveis preditivas de DPP. Danaci et al. (2002) encontraram que história de doença psiquiátrica durante períodos pré e pós-parto anteriores e história de depressão durante a gravidez atual estiveram significantemente relacionadas ao aumento da prevalência de DPP numa amostra de 257 mães turcas. Robertson et al. (2004) em uma meta-análise que considerou acima de 14.000 sujeitos

descobriram que histórico prévio de doença psiquiátrica foi um dos mais fortes preditores de DPP. Sendo assim, a variável "história prévia de doença psiquiátrica" parece ser um importante indicador clínico de DPP tanto no presente estudo como em boa parte da literatura da área investigada. Isto por que, como especulou Paykel et al. (1980), experiências prévias referentes à personalidade e à genética dos indivíduos poderiam contribuir fortemente para reincidência de um novo quadro de depressão geral ou pós-parto.

7.2.2 Correlação de fatores contextuais e categorias comportamentais para díades com e sem DPP

Enquanto uma parte da literatura analisa os possíveis fatores contextuais "de risco" para DPP (PAYKEL ET AL., 1980; BECK, 2002; MARTINEZ-SCHALLMOSER, TELLEEN & MACMULLEN, 2003; ROBERTSON et al., 2004; DANACI et al., 2002; FIELD ET AL., 1990; dentre outros), outra versa sobre as possíveis conseqüências da DPP para a exibição de comportamentos das mães e dos bebês (MILGROM, WESTLEYI & McCLOUD, 1995; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; RIGUETTI-VELTEMAA ET AL., 2002; SCHWENGBER, 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004; dentre outros). Porém, não foi encontrado nenhum trabalho que conjugasse estes dois enfoques, correlacionando a ocorrência de fatores contextuais de risco para DPP e sua influência direta sobre a exibição de comportamentos em díades com e sem DPP.

Com o intuito de preencher esta lacuna, o presente estudo encontrou que três fatores contextuais ("planejamento da gravidez", "número de outros filhos" e "número de crianças - sem parentesco com o bebê - morando na mesma casa") influenciaram a freqüência de certos comportamentos: *A) Díades com e sem DPP:* bebês de mães que haviam planejado a gravidez, em média, vocalizaram mais para suas mães; *B) Díades com DPP:* quanto maior o

número de outros filhos, menos as mães deprimidas verbalizaram para seus bebês; e quanto maior o número de crianças (sem parentesco com o bebê) morando na mesma casa de mães deprimidas, mais seus filhos vocalizaram durante as interações; e *C) Díades sem DPP:* quanto maior o número de outros filhos, mais os bebês de não-deprimidas vocalizaram para suas mães.

Em primeiro lugar, independentemente da DPP, bebês de mães que haviam planejado a gravidez, vocalizaram, em média, mais para suas mães. Segundo Cooper et al. (1999), o não planejamento da gravidez está fortemente associado à DPP e a baixo peso da criança ao nascer. Desta forma, mães que planejam a gravidez possuem maiores probabilidades de não desenvolverem DPP e de terem bebês com maior peso ao nascer e melhor desenvolvimento cognitivo e motor. Não desenvolvendo DPP, estas mães costumam ser mais responsivas, engajadas e sensíveis às pistas infantis. Esta gama de fatores as conduz a estimularem mais seus filhos quando comparadas às mães deprimidas. Por fim, esta maior estimulação promove um aprimoramento cognitivo e motor infantil, responsável por uma vocalização mais articulada e desenvolvida destes bebês. Lovejoy et al. (2000) também constataram que mães potencialmente deprimidas encontraram maiores dificuldades em lidar com suas crianças, especialmente as mais novas. Porém, para o presente estudo, o planejamento da gravidez foi uma variável que não se relacionou à DPP. Isto pode indicar que o planejamento da gravidez possa estar associado a condições familiares, conjugais e pessoais que podem se refletir em maior estimulação da mãe e maior vocalização infantil de forma mais notável do que a própria ausência de DPP. Este resultado sugere futuras investigações de correlações do planejamento da gravidez com outras variáveis, dentro do projeto temático.

O resultado de que somente quando deprimidas as mães verbalizaram menos devido ao maior número filhos encontra respaldo na literatura. Como exemplo, Faisal-Cury et al. (2004), descobriu que maior distanciamento exibido pelas mães e maior número de filhos

estavam associados com maior probabilidade das mesmas apresentarem DPP. Relacionando este resultado com o presente estudo, este distanciamento típico de deprimidas poderia se expressar através de menor taxa de verbalização dirigida a seus bebês. Meridith e Noller (2003) encontraram que, além da DPP estar relacionada à maior número de filhos, mães deprimidas, geralmente, relataram que seus bebês eram mais tolos, inquietos, difíceis de adaptar e imprevisíveis quando comparadas às não-deprimidas. Além disso, elas próprias se julgaram como mães mais rejeitadoras e negligentes em relação a seus bebês. Desta forma, ter um maior número de filhos e ser uma mãe mais rejeitadora parece estar diretamente relacionado com a DPP. Embora este estudo não tenha traçado uma relação direta, ser uma mãe rejeitadora e negligente, indiretamente, poderia significar menores taxas de verbalização direcionadas a seus bebês. Além disso, Hagen (1999), embora não tenha estudado diretamente esta relação (fatores contextuais e DPP *versus* comportamento), possui colaborações teóricas importantes. Segundo este autor, quanto maior o número de filhos, maior a demanda energética exigida para a provisão de cuidados por parte dos principais cuidadores, em especial a mãe. Considerando que filhos mais velhos possuem maiores chances de sobrevivência, pois são menos dependentes de sua mãe, cuidar de filhos mais novos ou recém-chegados é mais custoso. Sendo assim, uma mãe que precisa cuidar de filhos tanto mais velhos quanto mais novos, muitas vezes pode perder o interesse em prover o cuidado necessário em relação ao bebê atual, aumentando suas chances de apresentar DPP. Vale lembrar que esta redução da provisão de cuidados pode estar relacionada e ser expressa pela menor verbalização da mãe para com seus bebês. Portanto, possuir maior número de filhos e verbalizar menos são condições associadas à DPP. Por fim, este padrão parece ser tão consistente que pôde ser percebido mesmo na breve (dois minutos) interação mãe-bebê realizada no laboratório pelo presente estudo.

O resultado relativo à maior vocalização de bebês de mães deprimidas que moravam com um maior número de crianças (sem parentesco com o bebê) dentro de suas casas é muito interessante. Conforme dito acima, mães deprimidas vocalizaram menos para seus bebês, enquanto que os mesmos vocalizaram mais para suas mães. Porém, eles parecem vocalizar mais devido à estimulação que recebem em casa proveniente de crianças que não são suas irmãs. Peláez-Nogueras et al. (1994) descobriram que bebês de mães deprimidas costumam interagir melhor com pessoas que não estão com DPP. Além deste fato, crianças, em geral, quando mais velhas tendem a prover cuidado e brincar com crianças mais novas, sendo, por vezes, consideradas como cuidadoras substitutas (GOSSO, 2005; SULLOWAY, 2001). Meltzoff e Gopnik (1993) comprovaram ainda, que crianças podem aprender melhor por imitação de seus pares (isto é, crianças de mesma idade) do que por instrução de seus pais.

Desta forma, ter encontrado que bebês de mães deprimidas vocalizaram mais para suas mães quando conviviam com um maior número de crianças não aparentadas parece ser corroborado pela literatura. Vale lembrar que, provavelmente, estas crianças não estariam vocalizando mais se recebessem somente a estimulação de suas mães deprimidas. O que parece fundamental neste caso é a interação destes bebês com outras crianças não-deprimidas. Elas parecem capazes de estimular os sentidos destes bebês ao tomarem conta ou brincarem com eles, fazendo com que os mesmos vocalizem mais e carreguem este padrão (de tão consistente que é) para dentro do laboratório na interação com suas mães.

Por fim, o resultado relativo à maior vocalização de bebês de mães não-deprimidas que tinham um maior número de irmãos, parece estar de acordo com a teoria do "Conflito entre irmãos" proposta por Trivers (1974) e estudada por Sulloway (2001). Segundo estes autores, existiria um conflito natural entre irmãos visto que os mesmos dependem única e exclusivamente da mesma fonte de provisão de cuidados: seus pais. A ordem de nascimento (primogênitos ou não) promove disparidades relativas à idade, tamanho e status, que, em

conjunto, contribuem para personalidade de cada irmão. Filhos mais velhos ou primogênitos costumam ser mais conscientes, mandões, assertivos e intelectualmente orientados, e menos dependentes, extrovertidos (no sentido de serem menos brincalhões), rebeldes e condescendentes. Por outro lado, filhos mais novos tendem a ser o oposto. Portanto ter encontrado que os bebês vocalizaram mais para suas mães não-deprimidas, sugere que eles estariam buscando maior cuidado frente seus outros irmãos, o que corrobora a hipótese de Sulloway (2001). Além disso, muito provavelmente, bebês de mães deprimidas não direcionaram este comportamento para suas mães. Chamar atenção de uma mãe com indicadores de DPP pode não ser tão eficaz, especialmente, devido ao padrão interativo menos consistente e menos responsivo típico das mesmas (item 7.2.3.2).

De um modo geral estes resultados refletem o caráter peculiar da amostra avaliada pelo presente estudo, cujos fatores sócio-culturais típicos devem ser considerados em futuras pesquisas.

7.2.3 Efeito da DPP sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês

7.2.3.1 Freqüência relativa de categorias comportamentais

A literatura que versa sobre os efeitos da DPP na interação mãe-bebê é muito controversa. Muitos estudos apontam diferenças comportamentais em função da DPP, relacionadas padrões de comportamentos selecionados pelo presente estudo: 1) olhar da mãe e do bebê (ver RIGUETTI-VELTEMAA ET AL., 2002); 2) verbalização da mãe e vocalização do bebê (ver RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996); 3) sorriso da mãe e do bebê (ver RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; FIELD et al., 1985, 2005; SCHWENGBER, 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004); 4) toque da mãe (ver

RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002); e 5) choro do bebê (MILGROM, WESTLEYI & McCLOUD, 1995). Entretanto, existem aqueles que não encontram nenhuma diferença quanto à presença de DPP em relação à: 1) olhar da mãe e do bebê (FIELD et al. 1985, 2005; MARTINEZ et al., 1996); 2) verbalização da mãe e vocalização do bebê (FIELD et al., 1985, 2005); 3) sorriso da mãe e do bebê (SCHWENGBER, 2002; COHN et al., 1990); 4) toque da mãe (LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996); e 5) choro do bebê (COHN et al., 1990; SCHWENGBER, 2002). Resultados diversos são registrados mesmo quando aspectos metodológicos e contextuais são controlados. É possível que a diversidade de fatores relevantes que incide sobre as amostras estudadas, por ser muito complexa, muitas vezes, nem esteja completamente identificada. Isto criaria uma dificuldade adicional para a comparação dos resultados.

Não foram encontradas diferenças em relação à freqüência relativa de categorias comportamentais em função da DPP. Alguns estudos corroboram este achado. Por exemplo, Chabrol, Bron e Le Camus (1996) verificaram que mães deprimidas se comportaram de forma tão positiva quanto não-deprimidas num estudo com aspectos metodológicos semelhantes ao do presente trabalho: 1) idade dos bebês de cerca de quatro meses e meio; 2) filmagem de dois minutos de duração; 3) codificação feita segundo por segundo; e 4) mães com escores leves ou moderados de DPP. Outro exemplo é a dissertação de Frizzo (2004) que não encontrou nenhuma diferença significativa entre famílias com e sem depressão materna, tanto para as interações diádicas (mãe-bebê) e triádicas (mãe-pai-bebê). Schwengber (2002) também não constatou diferenças da DPP sobre a expressão de afetos positivo e negativo. Campbell, Cohn e Meyers (1995) também não encontraram diferenças ao comparar díades deprimidas de não-deprimidas ao longo de interações face-a-face mãe-bebê aos dois, quatro e seis meses. Porém, quando trocaram sua variável independente de “DPP” para “cronicidade da DPP”, verificou que mães que tinham depressão crônica até os seis meses do bebê foram: 1) menos positivas

durante as interações face-a-face aos dois, quatro e seis meses dos bebês; 2) seu aleitamento foi insatisfatório aos quatro e seis meses; e 3) foram menos positivas também durante brincadeira com brinquedos aos quatro meses. Além destes, outro estudo realizado por Hops et al. (1987), demonstrou que ambientes familiares de mães deprimidas não eram mais aversivos que ambientes familiares de não-deprimidas.

Todos estes estudos possuem vários pontos semelhantes ao presente trabalho. Sendo assim, inúmeros aspectos levantados por eles para tentar explicar a ausência de diferenças encontrada entre díades com e sem DPP serão úteis para explicar e discutir também o presente resultado. Consideraremos, a seguir, se a ausência de diferenças entre díades deprimidas e não-deprimidas, aos quatro ou cinco meses de vida dos bebês, no contexto desta amostra de mães brasileiras paulistanas, se deve a: 1) efeitos compensatórios exercidos por mecanismos de resiliência familiar e/ou materna, incluindo a luta da mãe contra a sua própria indisponibilidade; ou 2) dificuldades metodológicas como as ligadas, primeiramente, a uma possível desconsideração de fatores relevantes, em segundo lugar, a limitações dos instrumentos aplicados, ou ainda, a consideração de poucos níveis severos dos escores de depressão da amostra.

1. Resiliência familiar (especialmente materna) (CUMMINGS & DAVIES, 1994): Embora a DPP esteja ligada ao conflito conjugal, muitas famílias com pais deprimidos funcionam de maneira saudável nas áreas do casamento, do manejo e da provisão de amor à criança. Desta maneira, não pode ser assumido que somente a DPP possui um impacto negativo para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil. A DPP também pode conduzir a rotas de desenvolvimento positivas em famílias de crianças que tenham uma boa competência para lidar e superar efeitos adverso**s.** Esta resiliência é proveniente tanto dos bebês e quanto dos pais. Porém, como as mães são em, aproximadamente, 85% dos casos,

cuidadoras exclusivas aos quatro meses de idade de suas crianças (Projeto temático, no prelo), as mesmas devem ser as principais responsáveis pela resiliência familiar.

2. Luta contra indisponibilidade materna (STERN, 1997; SCHWENGBER, 2002): Como a DPP não é total nem constante, mães deprimidas poderiam lutar contra sua indisponibilidade emocional (DPP) para com seus filhos, obtendo, por vezes sucesso. Sendo assim, a ausência de diferenças entre mães com e sem DPP pode se dever a este fator.

3. Fatores de risco associados à DPP (FIELD et al., 1990; CAMPBELL, COHN, & MEYERS, 1995; CAMPBELL & COHN, 1997)**:** A maioria das pesquisas que versa sobre mães deprimidas e seus bebês tem focado em mulheres consideradas de alto risco, que costumam relatar altos níveis de estresse em instrumentos de auto-relato. Estes estudos documentam dificuldades parentais que incluem expressão de afeto mais negativa, engajamento menos positivo e menor responsividade materna. Entretanto, é difícil argumentar se a insensibilidade e falta de engajamento materno apontadas por estes estudos são específicas e provenientes unicamente da presença da DPP. Estes aspectos podem ser reflexos do estresse e da ansiedade, comumentemente, vivenciados por mulheres solteiras que possuem baixo status sócio-econômico (baixa renda e escolaridade). Portanto, fatores considerados "de risco" para DPP como a cronicidade da depressão, o conflito conjugal e a pobreza, por exemplo, poderiam ser mais salientes do que a própria presença da DPP *per se*. É possível que se o presente estudo tivesse mensurado e trabalhado com outras variáveis capazes de agir sinergicamente ou associadamente com a DPP, diferenças entre os grupos poderiam ter sido encontradas.

4. Cronicidade da DPP (CAMPBELL & COHN, 1997): Depressões de curto prazo, geralmente, exercem pouco efeito sobre as interações precoces mãe-bebê. O foco na depressão em si pode ser inadequado para explicar variações quanto aos padrões de cuidado e de interação mãe-bebê. Algumas mulheres deprimidas, apesar de se sentirem tristes e

exauridas, são responsivas e capazes de fornecer cuidado físico e emocional a seus bebês. Assim, a DPP pode ser menos relevante para o entendimento das dificuldades parentais do que outros fatores psico-sociais que a acompanham como, por exemplo, conflito conjugal. Este deverá ser um fator a ser mensurado na continuidade do projeto longitudinal.

5. Conflito conjugal (CUMMINGS & DAVIES, 1994): Alguns estudos consideram que o conflito conjugal pode ser reconhecido como um preditor mais relevante para o entendimento das dificuldades parentais do que a própria presença da DPP. No caso do presente estudo houve uma diferença marginalmente significativa ($p = 0,055$) para a variável conflito conjugal, indicando que mães deprimidas apresentavam maiores índices de conflito. Desta forma, como este fator já se apresentou como tendência para o presente estudo, deverá ser investigado pelo projeto temático que, provavelmente, encontrará forte relevância para esta variável visto que este projeto trabalha com uma amostra maior e mais estratificada.

6. Adequação do instrumento de observação para o exame da interação mãe-bebê (SCHWENGBER, 2002; FIELD et al., 2003): O instrumento de observação (Análise da Categorias Comportamentais e Análise dos Estilos Interativos Maternos) pode não ter sido suficientemente sensível para captar algumas particularidades mãe-bebê dos dois grupos, principalmente, em virtude do tempo reduzido da observação. Embora a duração de três minutos seja, geralmente, usada em estudos micro-analíticos sobre a interação face-a-face mãe e bebê. Ainda assim, usar observações mais longas poderia ajudar a desvendar se o curto tempo de filmagem é o principal responsável pelas tentativas das mães de interagir de maneira ótima com seus bebês.

7. Instrumento de auto-relato (CAMPBELL & COHN, 1991; FRIZZO, 2004): instrumentos de auto-relato podem não ser fidedignos quanto aos critérios diagnósticos de depressão porque eles não são capazes de diagnosticar clinicamente a amostra estudada, mas apenas rastreá-la. Mães deprimidas que costumam relatar elevados níveis de depressão ao

serem rastreadas por estes instrumentos, podem não serem consideradas clinicamente deprimidas quando se submetem a uma entrevista diagnóstica estruturada. No entanto, grande parte dos estudos utiliza estes instrumentos de auto-relato. Portanto, se há incompatibilidades quanto ao critério diagnóstico utilizado pelo presente estudo (instrumento de auto-relato – EPDE), elas estão presentes não apenas no presente estudo, mas também em boa parte da literatura utilizada**.**

8. Poucos escores severos de DPP (SCHWENGBER, 2002; CHABROL, BRON & LE CAMUS, 1996): Geralmente, grande parte das diferenças de grupo (DPP e não DPP) encontrada pela literatura, é percebida quando os estudos comparam dois grupos extremos quanto aos escores de DPP. Porém, quando escores moderados são usados pelos estudos, estas diferenças geralmente são abrandadas, pois mães moderadamente deprimidas podem ser muito positivas com seus bebês. No presente estudo, das 25 mães deprimidas, somente quatro tinham escores severos (ver classificação de escores em Felice et al., 2004), o que pode ter dificultado a comparação em função da DPP e favorecido a ausência de diferenças entre os grupos.

As hipóteses supracitadas foram levantadas considerando que a ausência de efeito da DPP na freqüência das categorias possa se dever ao efeito de fatores compensatórios ("Resiliência familiar" e "Luta contra indisponibilidade materna") ou ter sido decorrente de viéses metodológicos ("Fatores associados à DPP", "Cronicidade da DPP", "Conflito conjugal", "Adequação do instrumento de observação para o exame da interação mãe-bebê", "Instrumentos de auto-relato" e "Poucos escores severos de DPP"). Porém, o resultado que será visto no item a seguir, demonstra que a DPP foi capaz de incidir mais especificamente sobre os arranjos interativos do que propriamente sobre a freqüência dos comportamentos. Portanto, os efeitos da DPP parecem não ter sido completamente mascarados pelos aspectos levantados no parágrafo anterior, o que leva a novas considerações: será que os possíveis

efeitos compensatórios da resiliência materna não são suficientes para proteger a integração dos padrões comportamentais?

7.2.3.2 Correlação entre as categorias comportamentais para díades com e sem DPP

Apesar das díades deprimidas e não-deprimidas não diferirem em relação à freqüência relativa de comportamentos, a DPP teve um impacto diferencial quanto aos arranjos interativos diádicos. Isto porque foram encontradas: 1) correlações semelhantes tanto para díades com e sem DPP ("sorriso da mãe" e "sorriso do bebê"; e "toque da mãe" e "ausência de contato de olhar do bebê"); 2) correlação singular às díades deprimidas ("toque da mãe" e "olhar para a mão da mãe"); e 3) correlações particulares às díades não-deprimidas ("olhar da mãe" e "verbalização da mãe"; "verbalização da mãe" e "sorriso da mãe"; "olhar do bebê" e "sorriso do bebê"; "sorriso do bebê" e "vocalização do bebê"; e "sorriso da mãe" e "ausência de choro do bebê"). Sendo assim, retomando nossos resultados, três conclusões podem ser retiradas relativas às: *1) semelhanças entre díades com e sem DPP:* o "sorriso da mãe e do bebê" encontrado em ambos os grupos parece ter um efeito interacional preponderante que não é afetado pela DPP; *2) peculiaridade de díades com DPP:* a correlação entre "toque da mãe" e "olhar do bebê para a mão da mãe" encontrada somente em díades deprimidas parece ser sugestiva de um ajustamento interacional dos bebês frente ao que suas mães podem oferecer; e *3) peculiaridades de díades sem DPP*: as correlações entre "verbalização e olhar da mãe", "verbalização e sorriso da mãe", "olhar e sorriso do bebê", "sorriso e vocalização do bebê" e "sorriso da mãe" e "ausência de choro do bebê" parecem mostrar um padrão mais consistente encontrado somente para díades não-deprimidas.

É possível que o sorriso tenha eliciado respostas, independentemente da presença de DPP, pois bebês parecem preferir, invariavelmente, faces sorrindo (FELDMAN, 2007). Apesar da expressão positiva da mãe, geralmente, preceder a emoção positiva infantil, o fato do sorriso adulto eliciar o sorriso infantil e vice-versa, parece funcionar como um reforçador bidirecional de afetividade positiva capaz de burlar possíveis efeitos prejudiciais ocasionados pela DPP (KUCHUK, VIBBERT & BORNSTEIN, 1986).

A correlação peculiar encontrada para díades deprimidas entre "toque da mãe" e "olhar do bebê para mão da mãe", encontra fundamento na literatura. Peláez-Nogueras et al. (1996), encontraram o mesmo resultado durante um episódio de interação espontânea e outro episódio de *still face* em que o toque era o único estímulo permitido (*still-face-with-touch*). Provavelmente, mães deprimidas, ao tocarem seus bebês durante o *still face,* estariam inserindo um estímulo novo (toque) raramente exibido por elas, capaz de eliciar mais olhar dos bebês para suas mãos. Como o toque, provavelmente, já fazia parte do repertório de interação de mães não-deprimidas, não se tratando de um estímulo novo, elas não atraíram tanto a atenção de seus bebês para suas mãos. Uma explicação complementar para esta peculiaridade é a seguinte: como o padrão interativo de mães deprimidas (quanto ao sorriso, olhar e verbalização) não é consistente, talvez a exibição aumentada de toques crie um padrão contingente capaz de chamar atenção especial do bebê.

Maior consistência interativa foi encontrada apenas em díades não-deprimidas através das correlações entre "verbalização e olhar da mãe", "verbalização e sorriso da mãe", "olhar e sorriso do bebê", "sorriso e vocalização do bebê", e "sorriso da mãe" e "ausência de choro do bebê". Todas estas correlações por não serem encontradas nos pares deprimidos, evidenciam um padrão de maior consistência característico de não-deprimidas. Há evidências na literatura que suportam cada uma destas correlações encontradas. Em relação às *correlações maternas*, o estudo de Kaye e Fogel (1980) descobriu que "olhar" e "verbalização" da mãe são

comportamentos inter-relacionados, ou seja, costumam coexistir ou preceder um ao outro, durante as trocas interativas mãe-bebê. Corroborando este fato, Lundy, Field e Pickens (1996) construíram uma única categoria de observação chamada de "*Attentiveness*", composta por olhar e verbalização da mãe. Kuchuk, Vibbert e Bornstein (1986), corroboraram a correlação verbalização e sorriso da mãe ao encontrarem que, a ação das mães de encorajar e chamar atenção de seus bebês através da verbalização tende a acontecer acompanhada de níveis baixos a moderados de sorriso. Em relação às *correlações infantis*, Kaye e Fogel (1980) encontraram que, de fato, sorriso e vocalização infantil são comportamentos que tendem a se agrupar. Peláez-Nogueras et al. (1996) além de corroborarem este achado, o complementaram ao encontrar que olhar, sorriso, vocalização e ausência de choro infantil foram variáveis co-ocorrentes. Por fim, em relação à única *correlação diádica encontrada* (sorriso da mãe e ausência de choro infantil), Kaye e Fogel (1980) constataram que a atenção positiva infantil costuma se sobrepor aos períodos de maior expressividade facial materna. Portanto, esta maior expressividade facial materna tende a chamar a atenção e eliciar uma resposta semelhante de afeto positivo nos bebês, em geral, fortemente associada à expressão de sorriso (KUCHUK, VIBBERT & BORNSTEIN, 1986).

Para finalizar esta seção, ao discutir no item anterior a ausência de efeitos da DPP na freqüência de comportamentos, aventamos dois tipos de explicações: 1) metodológicas ("existência de outros fatores de risco associados à DPP, como cronicidade e conflito conjugal", "necessidade de aprimoramento dos instrumentos de avaliação (tanto de observação como de rastreamento da DPP)" e "necessidade de uma melhor distribuição da amostra quanto aos escores"); e 2) compensatórias ("resiliência familiar, em especial materna" e "luta contra a indisponibilidade emocional"). Entretanto, embora não tenham sido constatadas diferenças de médias, foram encontradas diferenças na organização dos arranjos interativos de comportamento. Sendo assim, apesar de todas as possíveis questões

metodológicas e compensatórias, constatou-se efeito da DPP sobre as correlações entre os comportamentos. Talvez a DPP perturbe os padrões interativos de comportamentos entre mãe e bebês. Apesar de perturbar estes padrões, por vezes, as mães deprimidas podem conseguir lutar contra sua indisponibilidade característica e proteger seu bebê de modo menos organizado e consistente que não-deprimidas, mas, ainda assim eficaz. Assim, importa acompanhar longitudinalmente díades com e sem DPP para avaliar os possíveis efeitos destes padrões diferenciais interativos (mais ou menos consistentes) para a interação mãe-bebê e para o desenvolvimento infantil subseqüente.

7.2.4 Agrupamento das categorias comportamentais das mães e dos bebês em fatores

Grande parte da literatura, ao invés de trabalhar com categorias comportamentais em separado, prefere estudar grupos ou pacotes de comportamentos mais globais pré-determinados antes da coleta de dados (MARQUETTE, 1999). Segundo Weinberg & Tronick (1994), esta prática pode incorretamente agrupar comportamentos não relacionados e mascarar achados que somente uma abordagem mais empírica e micro-analítica poderia revelar. Sendo assim, o presente estudo selecionou comportamentos considerados significativos tanto para a literatura que versa sobre a interação face-a-face mãe-bebê quanto para a literatura que versa sobre os efeitos da DPP sobre a interação mãe-bebê. Estes comportamentos foram então mensurados isoladamente, para depois ser aplicada uma técnica estatística (Análise Fatorial) capaz de analisar os inter-relacionamentos entre estes comportamentos isolados. Tal conduta teve como finalidade a transformação dos comportamentos em um grupo menor de categorias básicas cunhadas de fatores.

Foram encontrados três pacotes comportamentais baseados no agrupamento dos comportamentos das mães e dos bebês em fatores: 1) "*Afetividade positiva diádica*" (sorriso da mãe; sorriso, vocalização e ausência de choro do bebê); 2) "*Olhar do bebê para o toque da mãe*" (toque da mãe; olhar do bebê para mão da mãe e ausência de contato de olhar do bebê); 3) "*Verbalização da mãe dirigida ao bebê*" (olhar e verbalização da mãe). Estes três pacotes comportamentais estão de acordo com a literatura. O primeiro fator ("*Afetividade positiva diádica*") tem sido reconhecido em estudos análogos. Segundo Kaye & Fogel (1980), "vocalizações" e "sorrisos" dos bebês costumam se agrupar por estarem associados. Peláez-Nogueras et al. (1996), além de notarem que comportamentos como "sorriso", "vocalização" e "ausência de choro infantil" ocorriam concomitantemente, nomearam este pacote comportamental de "Afeto positivo". Além disso, tanto vocalização como sorriso do bebê costumam aparecer em decorrência da expressão positiva da mãe. Desta maneira, independente se é a mãe ou o bebê que elicia um o sorriso do outro, o importante é que tanto o sorriso da mãe quanto do bebê costumam coexistir (KUCHUK, VIBBERT & BORNSTEIN, 1986). Muito provavelmente a variável "contato de olhar do bebê" não entrou neste fator pois bebês percebem o sorriso materno, e sorriem em resposta, mesmo quando não estão olhando diretamente para a face de suas mães (MESSINGER, FOGEL & DICKSON, 2001).

O segundo fator identificado como "*Olhar do bebê para o toque da mãe"* só foi executado por bebês de mães deprimidas. Feita esta ressalva, este resultado encontra respaldo na literatura. Segundo Peláez-Nogueras et al. (1996), apenas o toque exibido por mães deprimidas foi capaz de eliciar mais olhar dos bebês para as mãos de suas mães. Assim, por ser, provavelmente, raramente exibido por estas mães com indicadores de DPP, o toque funcionaria como um estímulo novo a seus bebês. Isto não ocorreu para bebês de não-deprimidas, pois os mesmos já estariam habituados a toques regulares exibidos por suas mães. Uma explicação complementar é a seguinte: como o padrão interativo de mães deprimidas

(quanto ao sorriso, olhar e verbalização) não é consistente, talvez a exibição aumentada de toques crie um padrão contingente capaz de chamar atenção especial do bebê. Estas considerações explicam, portanto, o fato deste fator ter sido encontrado pelo presente estudo (semelhante à correlação singular encontrada para díades deprimidas descrita no item 7.2.3.2).

Por fim, o terceiro fator, "*Verbalização da mãe dirigida ao bebê*", também tem sido descrito em pesquisas da literatura. O "olhar" e a "verbalização" da mãe costumam ser encontrados nos estudos como comportamentos inter-relacionados, ou seja, costumam coexistir ou preceder um ao outro durante as trocas interativas mãe-bebê (KAYE & FOGEL, 1980; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996). Como exemplo, no estudo de Lundy, Field e Pickens (1996), "olhar" e "verbalização" foram agrupados em uma única categoria de observação chamada de "*Attentiveness*". Kaye e Fogel (1980) descobriram que quando as mães não estavam exibindo grande expressividade facial (por exemplo, sorrindo, rindo, arqueando as sobrancelhas), costumavam "verbalizar" e "olhar" para seus bebês. Estes autores chamaram atenção para o fato da existência de duas configurações comportamentais, mutuamente exclusivas, que chamaram de "*face on*" (grande expressividade facial) e "*face off*" (expressividade facial discreta expressa, geralmente, por movimentos dos lábios durante a fala materna).

Por fim, além destas evidências supracitadas, interessante notar que através de inúmeros estudos comparativos inter-culturais, Keller (2007) identificou seis sistemas de cuidados parentais típicos e universais: "Cuidado primário", "Contato corporal", "Estimulação corporal", "Estimulação via objeto", "Interação face-a-face" e "Envelope narrativo". Destes sistemas, três deles englobariam os pacotes comportamentais encontrados pelo presente estudo. O fator "Afetividade positiva diádica" se encaixaria no sistema parental de "Interação face-a-face". O fator "Olhar do bebê para o toque da mãe*"* poderia estar relacionado ao sistema de "Estimulação corporal". E, finalmente, o fator "Verbalização da

mãe dirigida ao bebê" estaria relacionado ao sistema de "Envelope narrativo" (para maiores informações ver Keller, 2007). Segundo Keller (2007), estes sistemas parentais apesar de serem detectados separadamente, costumam co-ocorrer por serem totalmente interdependentes uns dos outros. Desta forma, a detecção dos pacotes comportamentais notada pelo presente estudo (fatores 1, 2 e 3) corrobora a natureza interdependente existente entre os sistemas parentais afirmadas por Keller.

7.2.5 Efeito da DPP sobre os estilos interativos maternos

A literatura que versa sobre os estilos interativos maternos afirma que mães deprimidas possuem três possíveis estilos de interação com seu bebê: 1) *intrusivo*; 2) *retraído*; e 3) *boa interação*. A maioria dos estudos desta área costuma classificar somente mães deprimidas. Geralmente, mães não-deprimidas são descartadas das análises, pois são consideradas como *boas parceiras de interação*. Embora, a existência dos diferentes estilos de interação maternos já esteja bem demarcada na literatura, poucos estudos têm sido conduzidos baseando-se nestes estilos interativos desde que os primeiros trabalhos sobre este tema foram publicados na década de 80 (WEINBERG & TRONICK, 1998).

Os estudos têm identificado mães deprimidas, majoritariamente, como *intrusivas*, (entre 39% e 41% da amostra) (FIELD et al., 2003; JONES et al., 1997), depois como *retraídas*, (entre 36% e 38% da amostra) (FIELD et al., 2003; JONES et al., 1997) e, por fim, *boa interação* (entre 21% e 25%) (JONES et al., 1997, FIELD et al., 2003). Mães não-deprimidas, quando analisadas, têm sido consideradas como *boa interação* (85%), em segundo lugar, como *intrusivas* (10%) e, por fim, como *retraídas* (5%) (FIELD et al., 2003).

No presente estudo, independentemente da DPP, prevaleceu o estilo *boa interação* (DPP = 64%; não-DPP = 54%), em segundo lugar, o estilo *intrusivo* (DPP = 28%; não-DPP =

36%) e, em terceiro, o estilo *retraído* (DPP = 8%; não-DPP = 10%). Os resultados contrastam com o da literatura. As mães não-deprimidas, apesar de mostrarem predominância do estilo *boa interação*, apresentam-no em porcentagem menor frente o resultado constatado pela literatura (54% *versus* 85% - FIELD et al., 2003). Além disso, embora o estilo intrusivo tenha ficado em segundo lugar e o retraído, em terceiro, assim como acontece na literatura, foram exibidos em maior escala (*intrusivo*: 36% *versus* 10%, FIELD et al., 2003; *retraído*: 10% *versus* 5%, FIELD et al., 2003).

Entretanto, as diferenças são ainda mais notáveis para os resultados encontrados para mães deprimidas. Ao invés de apresentarem um padrão mais *intrusivo*, foram consideradas, em sua maioria, *boas parceiras de interação* numa escala quase três vezes maior do que o encontrado na literatura (64% versus 25%). Desta maneira, tanto mães deprimidas quanto não-deprimidas interagiram de maneira semelhante quanto aos estilos interativos maternos. Ambas empreenderam um padrão de interação considerado bom. Este resultado é extremamente interessante, pois, no caso particular do presente estudo, a DPP não teve impacto sobre a freqüência relativa de comportamentos nem sobre a dos estilos interativos maternos, tendo influído apenas sobre a combinação dos comportamentos empregados (resultado das correlações). Portanto, embora díades deprimidas tenham demonstrado pouca consistência quanto à coordenação e seqüenciamento de seus arranjos interativos frente às díades não-deprimidas, ambas obtiveram sucesso ao interagir com seus bebês sendo consideradas, em sua maioria, boas parceiras de interação.

É possível que isto tenha ocorrido devido às seguintes hipóteses: 1) *luta contra indisponibilidade emocional* (STERN, 1997; SCHWENGBER, 2002); 2) *susceptibilidade a ambientes não-familiares e novos* (BELSKY, 1980); 3) *efeito do vídeo* (EKMAN, FRISEN & O´SULLIVAN, 1988); 4) *existência de mães deprimidas boa interação* (FIELD et al., 2003); e 5) *validade do instrumento de classificação dos estilos interativos maternos para a*

realidade brasileira. Vale lembrar que como algumas destas hipóteses também se aplicavam a outros achados do presente estudo, uma parte já foi discutida e outra ainda será no próximo item (7.2.3.1 e 7.2.6). Sendo assim, mães deprimidas podem ter se comportado mais semelhantemente às não-deprimidas ao se portarem, majoritariamente, como *boas parceiras de interação,* pois teriam obtido sucesso ao lutar contra sua indisponibilidade emocional (STERN, 1997; SCHWENGBER, 2002). Outra hipótese para explicar este fenômeno seria a susceptibilidade a ambientes não-familiares e novos, típica de mães deprimidas (BELSKY, 1980). Neste caso, como mães deprimidas, geralmente se comportam mais ativamente frente a ambientes novos, este maior envolvimento aparente direcionado aos seus bebês pode explicar o maior número destas mães que foram consideradas como *boa interação*. Outro fator a ser considerado se trata do efeito do vídeo, pois mães deprimidas parecem mais susceptíveis à avaliação social típica de episódios de filmagem. Sendo assim, poderiam ter se esforçado para interagir de maneira ótima com suas crianças, sendo classificadas como mães *boa interação*. Isto pode ter ocorrido mais facilmente, pois as filmagens eram de curta duração. Outra hipótese, diz respeito ao fato da maioria das pesquisas referentes aos estilos interativos maternos excluírem mães deprimidas que são consideradas *boa interação* de suas amostras (FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006). Isto, portanto, poderia mascarar o fato de que mães deprimidas *boa interação* sejam mais comuns do que o esperado pela rara literatura que as considera. Por fim, outro motivo para que o presente estudo tenha encontrado uma maior quantidade de mães deprimidas boa interação se deve à *validade do instrumento de classificação dos estilos interativos maternos para a realidade brasileira*. Este instrumento, que será melhor descrito no item a seguir (7.2.6), costuma ser aplicado em amostras de mães americanas com realidades muito diferentes da amostra do presente estudo (mães brasileiras paulistanas, em sua maioria, amasiadas com baixo status sócio-econômico). Sendo assim, a cultura exerceria um papel fundamental para explicar o resultado encontrado. É pouco

provável que mães consideradas *boa interação* para os americanos sejam classificadas da mesma forma para outras culturas. Portanto, é possível que o maior número encontrado de mães deprimidas *boa interação* se deva ao fato das mães brasileiras se comportarem de forma mais calorosa do que o observado em estudos de outros países, como os Estados Unidos, por exemplo.

Por fim, vale lembrar que algumas das hipóteses apresentadas acima possuem aspectos comuns, sobrepondo-se umas às outras. Acreditamos que o presente estudo, embora não tenha permitido um confronto direto destas hipóteses, tenha contribuído com o levantamento destas possibilidades explicativas, fornecendo uma base para o estudo longitudinal subseqüente.

7.2.6 Efeito da DPP e dos estilos interativos maternos sobre as categorias comportamentais das mães e dos bebês

A literatura tem sugerido que, entre as mães deprimidas, as *intrusivas* estimulam mais seus bebês, enquanto as *retraídas* estimulam menos e as *boa interação* estimulam moderadamente (FIELD, 1992; FIELD et al., 2003; FIELD et al., 2006; JONES et al., 1997; MALPHURS et al., 1996a). Para fins de comparação com o presente estudo, encontramos duas limitações na literatura da área: 1) não são encontrados estudos que analisem os comportamentos das mães e dos bebês em separado (por exemplo, olhar, verbalização/vocalização, sorriso, toque e choro), em conjugação com a análise de estilos interativos maternos; e 2) raros são os estudos que analisam mães não-deprimidas quanto aos estilos interativos maternos (ver MALPHURS et al., 1996a; FIELD et al., 2003; FIELD, HERNANDEZ-REIF & DIEGO, 2006).

A primeira limitação se deve, provavelmente, ao próprio instrumento de classificação das mães quanto aos estilos interativos. Os estudos costumam classificar as mães nos três

diferentes estilos interativos, baseando-se num instrumento criado por Field e seu grupo de pesquisa. Este instrumento é padronizado e possui definições operacionais para cada estilo (retraído, intrusivo ou boa interação) baseadas em dimensões vocais, faciais e táteis (Anexos G e H). O instrumento combina indicadores de freqüência gerais a indicadores de qualidade de certos comportamentos expressos pelas mães. Porém, não analisa a freqüência dos comportamentos de maneira isolada (objetivo do presente estudo). Isto é, este instrumento somente classifica as mães em um dos três diferentes estilos interativos baseando-se em dois critérios: 1) qualitativo e 2) quantitativo. Como exemplo, quanto ao primeiro critério (qualitativo), mães somente serão consideradas intrusivas se comportamentos táteis como fazer cócegas, empurrar e puxar o bebê forem detectados de maneira brusca. Ademais, a fim de complementar o parecer qualitativo, para que a mãe seja considerada intrusiva, uma análise sobre a freqüência destes comportamentos deve ser feita, ou seja, a mãe deve interagir de maneira brusca durante, aproximadamente, 50% da sessão de observação. Além disso, os estudos da área, em geral, ao invés de analisarem separadamente, costumam reunir os comportamentos em dimensões mais globais como, por exemplo, *Atenção* (observar a criança sem verbalizar ou segurar a criança) e *Aprovação* (sorrir ou expressar afeto positivo tocando ou falando) (HART et al., 1999). Isto ocorre, pois os estudos estão voltados, em sua maioria, para análises qualitativas. É possível ainda, que não se verifique significância ao se relacionar as dimensões faciais, vocais e táteis separadamente com os estilos interativos maternos. Portanto, para confrontar esta realidade, o presente estudo investigou a freqüência relativa de comportamentos das mães e bebês em separado.

O presente estudo hipotetizou possíveis distribuições de freqüência relativas às categorias comportamentais seguindo a lógica das definições de estilos maternos: 1) mães *intrusivas* olhariam, verbalizariam, sorririam e tocariam mais seus bebês em comparação aos outros estilos interativos; 2) mães *retraídas* olhariam, verbalizariam, sorririam e tocariam

menos seus bebês; e 3) mães de *boa interação* olhariam, verbalizariam, sorririam e tocariam moderadamente seus bebês.

Não foram constatadas as diferenças comportamentais previstas em função do estilo. Na comparação de médias das freqüências das categorias comportamentais em função dos estilos apenas as mães não-deprimidas, quando *retraídas*, olharam e verbalizaram menos para seus bebês quando comparadas às demais.

Este resultado não corroborou a hipótese que relacionava estilos interativos e freqüência de comportamentos e contrariou um dos poucos estudos que avaliou tanto comportamentos isoladamente (toque) quanto estilos interativos (MALPHURS et al., 1996a). Tal estudo afirmou que mães *intrusivas* (deprimidas e não-deprimidas), além de gastar mais tempo tocando seus bebês de três meses, o faziam de modo mais negativo (ex. toque brusco) quando comparadas às mães *retraídas* e *boa interação* (deprimidas e não-deprimidas) (MALPHURS et al., 1996a). Porém, o resultado do presente estudo encontrou respaldo em um trabalho feito por Jones et al. (1997). Embora não tenha investigado o estilo interativo *boa interação*, nem os mesmos comportamentos da presente pesquisa, Jones et al. (1997) analisaram, indiretamente, olhar, expressões faciais e vocalização (IRS – *Interaction Rating Scale*). Uma ressalva a ser feita é que a categoria "expressões faciais" contemplava o conjunto de certas expressões como raiva, ansiedade, tristeza, não analisando sorriso, por exemplo, em separado. Portanto, apesar das diferenças, assim como as mães deprimidas analisadas pelo presente estudo, as mães deprimidas *intrusivas* e *retraídas* analisadas por Jones e colaboradores se comportaram muito semelhantemente ao interagir com seus bebês de três meses de idade. A única diferença detectada por eles foi que as *retraídas* além de imitarem menos seus bebês, foram mais ansiosas, enquanto as *intrusivas* apenas demonstraram mais raiva durante as interações. Outro dado interessante, descoberto ainda por este estudo, foi que aos seis meses de idade dos bebês, as mães *retraídas* passaram a exibir menos expressões

faciais, um estado mais depressivo ou menos alerta, continuaram a imitar menos seus bebês, e passaram a demonstrar uma classificação geral mais baixa no IRS quando comparadas às *intrusivas*. Desta maneira, Jones et al. (1997) encontraram que o comportamento diferencial típico de mães *intrusivas* e *retraídas* fica mais evidente, somente, com o passar do tempo. Sendo assim, este fator cronológico poderia explicar a ausência de diferenças relativas à exibição de comportamentos das mães nos três diferentes estilos (*retraídas*, *intrusivas* e *boa interação*) encontrada pelo presente estudo. Futuras pesquisas, como as associadas ao projeto longitudinal no qual este estudo se insere, deverão acompanhar o desenvolvimento em outras faixas etárias para investigar esta questão.

O fato de mães não-deprimidas *retraídas* olharem e verbalizarem menos quando comparadas às *intrusivas* e *boa interação*, é condizente com o perfil de baixa estimulação característico de retraídas descrito pela literatura (HART et al., 1999; FIELD, 1992; MALPHURS et al., 1996a; MALPHURS et al., 1996b; JONES et al., 1997; FIELD et al., 2003; FIELD et al., 2006). Porém, o resultado de que estas mães sorriram e tocaram semelhantemente às *intrusivas* e *boa interação* não encontra resultado semelhante na literatura (MALPHURS et al., 1996a; HART et al., 1999). Isto porque, Malphurs et al. (1996a) encontraram que mães tanto deprimidas quanto não deprimidas *retraídas* tocavam menos seus bebês quando comparadas às *intrusivas* e *boa interação*. Field, Hernandez-Reif & Diego (2006), além de corroborar o achado de Malphurs e colaboradores, afirmaram ainda que mães *retraídas* tocavam duas vezes menos seus bebês quando comparadas às *intrusivas*. Além destes estudos que diziam respeito ao "toque", outro trabalho que, embora não tenha estudado diretamente "sorriso", estudou-o indiretamente através da dimensão "afeto positivo" materno. Hart et al. (1999) mostraram que mães *retraídas* além de terem uma expressividade facial mais restrita, costumavam exibir afetos positivos menos.

Resumindo os resultados encontrados, somente mães não-deprimidas *retraídas* olharam e verbalizaram menos para seus bebês em comparação aos outros estilos interativos (*Resultado 1*), enquanto mães deprimidas *retraídas* olharam e verbalizaram semelhantemente aos outros estilos interativos (*Resultado 2*). Para compreender esses resultados é necessário tentar explicar esta discrepância entre mães *retraídas* deprimidas e não-deprimidas. Como mães não-deprimidas apresentaram um padrão de relacionamento mais consistente e mais emparelhado com seus bebês (item 7.2.3.2), é possível que estas mães, diante de um ambiente novo (laboratório), manifestem o mesmo estilo de conduta de seu ambiente natural (casa). Embora, tanto mães deprimidas quanto não-deprimidas tenham recebido a mesma instrução antes da filmagem da interação mãe-bebê ("brinque com seu bebê como se você estivesse em casa, sem a ajuda de brinquedos"), parece que somente mães não-deprimidas agiram da mesma forma em diferentes contextos (casa e laboratório), não tentando interagir de maneira ótima com seus bebês. Por outro lado, parece que mães deprimidas modificam seu padrão de interação ao entrar no laboratório, tentando interagir da melhor forma possível com suas crianças seguindo a instrução do experimentador. Essa hipótese encontra fundamento no estudo de Belsky (1980), que afirmou que mães deprimidas seriam mais susceptíveis a não-familiaridade e a avaliação social típica da situação de observação. Frente a esta condição desconfortável, elas podem reagir com uma ativação do seu sistema comportamental (ativação do BIS - *Behavioral Inhibition System*). Como conseqüência desta ativação, estas mães poderiam mostrar padrões de interação diferentes daqueles que costumam exibir em um contexto mais familiar. Belsky (1980) constatou que mães deprimidas foram muito mais ativas e responsivas do que seriam se estivessem em casa, em interações realizadas no laboratório com seus bebês de 12 meses de idade. No presente estudo, é possível que a susceptibilidade a ambientes não-familiares e novos, típica de mães deprimidas, pode ter sido responsável pelo perfil mais ativo exibido por estas mães mesmo quando elas foram

consideradas *retraídas* (PAULI-POTT, 2008). Ao contrário, mães não-deprimidas *retraídas* por serem menos susceptíveis a ambientes não-familiares e novos, podem ter interagido de maneira mais característica ao estilo retraído de interação.

A hipótese da *luta contra indisponibilidade emocional* (STERN, 1997; SCHWENGBER, 2002) já levantada para explicar a ausência de diferenças entre díades com e sem DPP quanto à freqüência de comportamentos (item 7.2.3.1), pode também ajudar a explicar o resultado referente às mães deprimidas *retraídas*. Esta hipótese pode ter feito, assim como a hipótese da Belsky, com que mães deprimidas tenham buscado interagir de maneira mais ativa e ótima com seus bebês, independentemente, se o ambiente é novo ou familiar (restrição da hipótese da Belsky). Desta forma, independentemente do contexto, elas lutariam contra sua DPP e, por vezes, obteriam sucesso. Mães deprimidas do presente estudo, portanto, ao aumentarem a quantidade de seu comportamento, podem ter melhorado a qualidade do mesmo, conseguindo interagir melhor com seus bebês. O fato de as mães deprimidas *retraídas* terem olhado e verbalizado igualmente às *intrusivas* e *boa interação* pode se dever à conjugação de dois fatores supracitados: 1) mudança de postura destas mães durante a filmagem (BELSKY, 1980); e 2) luta contra indisponibilidade emocional (STERN, 1997).

Outro resultado intrigante refere-se ao fato de mães deprimidas e não-deprimidas, independentemente do estilo interativo, terem tocado semelhantemente seus bebês. O estudo de Malphurs et al. (1996a), em relação à freqüência de toque, concluiu que: 1) mães *intrusivas* tocavam mais seus bebês; 2) *retraídas* tocavam menos; e 3) *boa interação* tocavam moderadamente. Porém, em relação à qualidade do toque, este estudo, concluiu que mães (deprimidas e não-deprimidas) *intrusivas, retraídas e boa interação* não diferiram quanto à quantidade de toque positivo fornecido a seus bebês, mas somente à quantidade de toque negativo que era preferencialmente fornecido por intrusivas. Sendo assim, a ausência de

diferenças quanto à freqüência relativa de toque empregado por mães (deprimidas e não-deprimidas) *intrusivas*, *retraídas* e *boa interação* no presente estudo, pode ter ocorrido pelo fato destas mães empregarem somente toque positivo. Como a qualidade do toque não foi mensurada no presente estudo, futuras pesquisas deverão investigar este aspecto. Para ilustrar, a Tabela 16 faz uma comparação do estudo de Malphurs et al. (1996) com a presente pesquisa.

Tabela 16 - Comparação do estudo de Malphurs et al. (1996a) com o presente estudo (2009) em relação à freqüência de toque exibida por mães (com e sem DPP) intrusivas, retraídas e boa interação.

		Mães com DPP	**Mães sem DPP**
Estilos	***Estudos***	***Freqüência***	***Freqüência***
Intrusiva	Malphurs et al. (1996)	90,3	89,2
	Defelipe (2009)	80,5	86,6
Retraída	Malphurs et al. (1996)	43,5	28,7
	Defelipe (2009)	78,8	33,5
Boa interação	Malphurs et al. (1996)	68,5	94,2
	Defelipe (2009)	76,7	80,9

Por fim, o último resultado referente ao fato de mães deprimidas e não-deprimidas, independentemente do estilo interativo, terem sorrido semelhantemente para seus bebês merece ser salientado. É possível que as participantes do presente estudo tenham "falsificado" suas expressões (por exemplo, simulado um sorriso para esconder emoções negativas) para obedecer a regras sociais de exibição (EKMAN, FRIESEN & O´SULLIVAN, 1988). Isto deve ter ocorrido especialmente para mães deprimidas que costumam exibir menor afetividade positiva (segundo a literatura) e que, aparentemente para o presente estudo, modificaram sua postura perante um ambiente novo (laboratório). Sendo assim, embora a quantidade de sorriso exibida por mães deprimidas e não-deprimidas tenha sido semelhante (item 7.2.3.1), é possível que a qualidade do mesmo não tenha sido. Como o presente estudo não analisou a qualidade desta categoria, futuras pesquisas, especialmente aquelas associadas

ao projeto longitudinal no qual a presente pesquisa se insere, deverão analisar a qualidade do sorriso expresso por mães deprimidas e não-deprimidas a fim de investigar esta questão.

O fato de não aparecer diferença entre o estilo *intrusivo* e o estilo *boa interação,* e de o estilo *retraído* ser responsável pelas diferenças encontradas no presente estudo, nos remete a outra questão: a validade da aplicação do instrumento dos estilos interativos maternos numa amostra brasileira paulistana. O instrumento de classificação quanto aos estilos interativos maternos foi criado por Field e seu grupo de pesquisa no contexto de mães americanas (sejam hispano-americanas, afro-americanas, caucasianas ou asiáticas), em sua maioria, casadas e com status socioeconômico baixo a médio. Portanto, é necessário discutir a influência da *cultura* visto que aplicamos este instrumento a uma amostra extremamente diferenciada (mães brasileiras paulistanas, em sua maioria, amasiadas com baixo status sócio-econômico) do que os estudos costumam analisar. A expressão de padrões face-a-face podem ser mais ou menos salientes em diferentes culturas. Pais ocidentais tendem a olhar, vocalizar e tocar mais, além de apresentar mais objetos a seus bebês. Pais africanos e asiáticos costumam exibir mais contato corporal, enquanto tendem a olhar e a verbalizar menos e apresentar menos objetos a seus bebês (FELDMAN, 2007; KELLER, 2007). Sendo assim, é necessário se perguntar se mães consideradas como *intrusivas*, *retraídas* e *boa interação* para os americanos seriam classificadas da mesma forma para outras culturas. Muito provavelmente, isto não ocorreria, pois o que os americanos podem considerar como freqüência excessiva de toque, brasileiros podem considerar como freqüência ótima de toque. Desta maneira, é possível que o número escasso de mães consideradas como *retraídas* pelo presente estudo, se deva ao fato das mães brasileiras se comportarem de forma mais calorosa do que o observado em estudos de outros países. Outro fato a ser mencionado é, que como não há nenhuma versão oficial validada do instrumento de classificação dos estilos interativos maternos para o Brasil, o instrumento foi

adaptado. Desta forma, esta adaptação também pode ter ocasionado um viés diferencial de interpretação frente ao instrumento original americano de Field (Anexo G).

8. CONCLUSÃO

A Depressão pós-parto (DPP) tem sido extensivamente estudada em várias culturas. Diversos enfoques relacionados às possíveis causas (fatores de risco) e conseqüências deste fenômeno (déficits na qualidade da interação mãe-pai-bebê e no desenvolvimento posterior infantil) cercam esta literatura. Porém, desde que estudos realizados na década de 80 descobriram que a DPP se expressa de maneira heterogênea, através de três diferentes estilos de interação maternos, poucos trabalhos têm se dedicado a esta questão.

Os dados também salientaram, ao contrariar hipóteses muito aceitas, como as da presença de maior retraimento e intrusividade nas mães deprimidas, a complexidade do fenômeno. Os estudos que trabalharam com avaliação de estilo materno, analisaram apenas a parcela de mães potencialmente deprimidas da amostra a fim de classificá-las quanto aos estilos. Desta maneira, não analisavam mães potencialmente não-deprimidas, por serem classificadas, majoritariamente, em apenas um dos estilos (boa interação). Porém, o resultado do presente estudo, revelou que houve uma distribuição parecida quanto aos estilos interativos para mães com e sem DPP. Desta maneira, é necessário que futuras pesquisas investiguem esta questão para aumentar o entendimento dos resultados em função das metodologias e das características específicas das populações, inclusive em termos culturais.

Embora não tenha influenciado nas médias dos comportamentos exibidos pelas díades mãe-bebê, a DPP perturbou diferencialmente os arranjos interativos diádicos. Resultado que merece ser acompanhado no estudo longitudinal para uma avaliação de seus possíveis efeitos na interação díadica e no desenvolvimento infantil específico. A análise dos efeitos da DPP em conjugação com variáveis contextuais de "risco", bem como o confronto com os dados variados da literatura, apontam para a natureza multi-determinada e não-linear da DPP. Inúmeros são os fatores que podem potencializá-la, tais como menor escolaridade, maior

número de filhos, histórico prévio de doença psiquiátrica, conflito conjugal, cronicidade, dentre outros. E inúmeros são os fatores que podem amenizá-la, tais como luta contra indisponibilidade emocional, fator de proteção do bebê fornecido pela mãe, suporte social, poucos eventos de vida estressantes, planejamento da gravidez, dentre outros. No caso do presente estudo, no contexto da DPP, apesar da perturbação aos padrões interativos diádicos, também foram constatados mecanismos compensatórios e resiliências da própria mãe, do contexto familiar e do bebê, capazes sinalizar certos ajustes às situações. Pode-se observar que mães deprimidas conseguem lutar contra a indisponibilidade e proteger seu bebê, de modo menos organizado e consistente que não-deprimidas, mas, ainda assim eficaz. O fato de mães deprimidas retraídas terem sido menos afetadas por este estilo do que as retraídas não-deprimidas pode ser revelador do processo de compensação instaurado nas primeiras.

A identificação de fatores ligados à afetividade positiva, à atenção do bebê à manipulação da mãe, e à verbalização dirigida ao bebê, ao mesmo tempo que reiterou processos básicos subjacentes ao desenvolvimento da interação mãe-bebê, comuns às mães com e sem DPP, mostrou uma particularidade ligada ao terceiro fator (olhar e verbalização da mãe), observada apenas em mães retraídas pertencentes aos dois grupos. Este resultado, conforme discutido antes abriu também uma possibilidade de integração futura com as noções de sistemas de cuidados parentais elaboradas por Keller, que podem se tornar instrumentos adicionais úteis para a compreensão de especificidades da DPP.

Deve-se ainda destacar que o projeto longitudinal optou por oferecer atendimento psicoterápico a todas as mães avaliadas com indicadores de DPP. Esta postura humanitária e ética é fundamental para dar suporte a grandes pesquisas que se preocupam com a saúde física e mental de seus participantes. Mais da metade das participantes com indicadores de DPP aceitaram participar do atendimento (64%). O próprio acolhimento representado pelo acompanhamento longitudinal, além do atendimento psicoterápico oferecido, podem ter

amenizado os possíveis efeitos da DPP na interação mãe-bebê. Por outro lado, este fato, se confirmado, demonstra a importância em oferecer atenção especial e conscientizar estas mulheres sobre a necessidade de buscar ajuda clínica e especializada rapidamente. Além disso, importa também conhecer as diferentes maneiras que a DPP pode se expressar através da interação materna (estilos interativos) para que profissionais de saúde consigam indicar ajuda terapêutica e clínica mais específica. Desta forma, as futuras pesquisas empreendidas pelo projeto no qual este estudo se insere, pretendem acompanhar longitudinalmente díades com e sem DPP quanto aos diferentes estilos interativos maternos para verificar se estas duas variáveis ocasionam prejuízos para a interação mãe-bebê ao longo do desenvolvimento infantil subseqüente.

A inserção da presente pesquisa dentro do projeto temático permitiu acesso a um conjunto amplo de dados. A interdisciplinaridade do mesmo permitiu uma ampliação da discussão ao estabelecer pontes entre diversas áreas da literatura. Além disso, o diálogo com esta literatura em função dos resultados obtidos poderá realimentar a discussão e a análise das diferentes etapas desta investigação longitudinal.

Neste percurso, entraram em cena questões humanas fundamentais, como as da maternidade, do apoio conjugal, familiar e social, das dificuldades ambientais, dos sofrimentos potenciais, e das políticas humanitárias de saúde pública. Revelaram-se ricos recursos humanos, mesmo nas condições mais adversas, em todos os níveis, que teimam em surpreender e que nos ensinam sobre a nossa própria natureza.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M. D. S.; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, v. 46, n. 4, p. 333-341, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais,* 4ª edição. Lisboa: Climepsi editores, 1994.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

BALLARD, C. G et al. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. British Journal of Psychiatry, v. 164, s.n., p. 782-788, 1994.

BALLONE, G. J. Depressão pós-parto. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 20 de ago. 2005.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006.

BATKI, A. et al. Is there an innate gaze module? Evidence from human neonates. *Infant Behavior & Development,* v. 23, s.n., p. 223–229, 2000.

BECK, C. T. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. Nursing Research, v. 44, n. 5, p. 298-304, 1995.

BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *JOGNN*, *Principles & Practice*, v. 31, s.n., p. 394–402, 2002.

BELSKY, J. Mother–infant interaction at home and in the laboratory: a comparative study. *The Journal of Genetic Psychology*, v. 137, s.n., p. 37–47, 1980.

BERNSTEIN, I. H. et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and Anxiety*, v. 25, s.n., p. 20–26, 2008.

BORNSTEIN, M. H.; TAMIS-LEMONDA. Mother-Infant Interaction. In: BREMNER, G; FOGEL, A. (Eds). *Handbook of Infant Development*. Oxford: Blackwell, 2009. p. 276-277.

BOWLBY, J. *Apego e Perda*. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 486 p.

BOYD, R. C.; ZAYAS, L. H.; McKEE, D. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, v. 10, n. 2, p. 139-148, 2006.

BRAARUD, H. C.; STORMARK, K. M. Expression of negative affect during face-to-face interaction: a double video study of young infants' sensitivity to social contingency. *Infant and Child Development*, v. 15, s.n., p. 251–262, 2006.

BRUM, E. H. M. *Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo*. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil, Rio Grande do Sul. 2005.

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

BUSSAB, V. S. R. Fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento: a adoção de uma perspectiva interacionista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 233-243, 2000.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 240-244, 1998.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMPBELL, S.B.; COHN, J.F. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100, s.n., p. 594–599, 1991.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: MURRAY L.; COOPER, P. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p. 165-220.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F.; MEYERS, T. Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, v. 31, n. 3, p. 349-357, 1995.

CHABROL, H.; BRON, N.; LE CAMUS, J. Mother-infant and father-infant interactions in postpartum Depression. *Infant Behavior and Development*, v.19, s.n., p. 149-l 52, 1996.

CHANDRAN, M. et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, v. 181, s.n., p. 499-504, 2002.

CECCHINI, M. V. *O relato das mães na depressão pós-parto: construção das vivências, conhecimentos, comportamentos e emoções enquanto indicadores de risco*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. No prelo.

COHN, J. E.; TRONICK, E. Z. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, v. 54, s.n., p. 185-193, 1983.

COHN, J. F. et al. Face-to face interactions of depressed mothers and their infants. In: Tronick, E. Z.; Field, T. (Eds). *Maternal depression and infant disturbance*. *New directions for child development.* San Francisco: Jossey-Bass, 1986. p. 34-44.

COHN, J. F. et al. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 Months. *Developmental Psychology*, v. 26, n. 1, p. 15-23, 1990.

COOPER, P. J. et al. Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, v. 175, s.n., p. 554-558, 1991.

CORREIA, A. L. V. *Prevalência e fatores de risco em depressão pós-parto em um serviço de referência em João Pessoa.* 2006. 38 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) - Universidade Federal de Pernambuco, Paraíba. 2006.

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

CUMMINGS, E. M; DAVIES, P. T. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, n. 1, p. 73-122, 1994.

CRUZ, E. B. DA S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

DANACI, A. E. et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, v. 37, s.n., p. 125–129, 2002.

DARWIN, C. *A expressão das emoções nos homens e nos animais*. Tradução de Leon de Souza Lobo Garcia. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 376 p.

DA-SILVA, V. A. et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 31, s.n., p. 799-804, 1998.

DAVEY, H. L. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child health Journal*, v. 12, s.n., s.p., 2008.

DE TONI, M. P. et al. Etologia humana: o exemplo do apego. *Psico-USF*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 99-104, 2004.

DIEGO, M. A. et al. Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, v. 15, s.n., p. 10–17, 2002.

DIEGO, M. A. et al. Withdrawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, v. 29, s.n., p. 220–229, 2006.

EKMAN, P.; FRIESEN, W.V.; O'SULLIVAN, M. Smiles when lying. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 54, s.n., p. 414-420, 1988.

FAISAL-CURY et al. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women Mental Health*, v. 7, n. 2, p. 123-131, 2004.

FELICE, E. et al. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, v. 82, s.n., p. 297–301, 2004.

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

FERNALD, A. Four-month-old infants prefer to listen to "motherese". *Infant Behavior and Development,* v. 8, s.n., p. 181-195, 1985.

FIELD, T. et al. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, v. 21, s.n., p. 1152–1156, 1985.

FIELD, T. et al. Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics,* v. 77, s.n., p. 654-658, 1986.

FIELD, T. et al. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, v. 59, s.n., p. 1569-1579, 1988.

FIELD, T. et al. Behavior-state matching and synchrony in mother- infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, v. 26, s.n., p. 7-14, 1990.

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

FIELD, T. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, v. 25, s.n., p. 25–29, 2002.

FIELD, T. et al. Depressed mothers who are "good interaction" partners versus those who are withdrawn or intrusive. *Infant Behavior & Development*, v. 26, s.n., p 238–252, 2003.

FIELD, T. et al. Depressed mothers' infants show less negative affect during non-contingent interactions. *Infant Behavior & Development*, v. 28, s.n., p. 426–430, 2005.

FIELD, T.; HERNANDEZ-REIF, M.; DIEGO, M. Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, v. 26, s.n., p. 15–30, 2006.

FLEMING, A. S. et al. Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes, and mother–infant interactions. *Developmental Psychology*, v. 24, s.n., p. 71–81, 1988.

FRIZZO, G. B. *A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna*. 74 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

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

GOSSO, Y. *Pexe oxemoarai: brincadeiras infantis entre os índios Parakanã*. 267 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

HAGEN, E. H. The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, v. 20, s.n., p. 325–359, 1999.

HAGEN, E. H. Depression as bargaining: the case postpartum. *Evolution and Human Behavior,* v. 23, s.n., p. 323–336, 2002.

HAINS, S. M. J.; MUIR, D. W. Effects of stimulus contingency in infant-adult interactions. *Infant Behavior and Development*, v. 19, s.n., p. 49-61, 1996.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders,* v. 91, p. 97–111, 2006.

HARLOW, H. Affectional Response in the Infant Monkey. *Science*, v.130, n. 3.373, p.421-431, 1959.

HART, S. et al. One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, v. 30, n. 2, 1999.

HAY, D. F. Postpartum depression and cognitive development. In: MURRAY L.; COOPER, P. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p. 85-105.

HERRERA, E.; REISSLAND, N.; SHEPHERD, J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, v. 81, s.n., p. 29–39, 2004.

HOPS, H. et al. Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, v. 55, s.n., 341-346, 1987.

JONES, N. A. et al. Infants of intrusive and withdrawn mothers. *Infant Behavior and Development,* v. 20, n. 2, p. 175-l86, 1997.

KAYE, K.; FOGEL, A. The temporal structure of face-to-face communication between mothers and their infants. *Developmental Psychology*, v. 16, s.n., p. 454-464, 1980.

KELLER, H. *Cultures of infancy*. New York: Lawrence Erlbaum, 2007. 318 p.

KNAPP, M. L.; HALL, J. A. *Comunicação não-verbal na interação humana*. São Paulo: JSN Editora, 1999. 507 p.

KOGAN, N.; CARTER, A. S. Mother-infant reengagement following the still-face: the role of maternal emotional availability in infant affect regulation. *Infant Behavior and Development*, v. 19, s.n., p. 359-370, 1996.

KUCHUK, A.; VIBBERT, M.; BORNSTEIN, M. H. The perception of smiling and its experiential correlates in three-month-old infants. *Child Development*, v. 57, s.n., p. 1054-1061, 1986.

LEE, D. T. S. et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, v. 6, n. 4, p. 349-354, 2000.

LEADBEATER, B. J.; LINARES, O. Depressive symptoms in black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, v. 4, s.n., p. 451-468, 1992.

LOCKE, J. L. Parental Selection of Vocal Behavior - crying, cooing, babbling, and the evolution of language. Human Nature, v. 17, n. 2, p. 155-168, 2006.

LORANT, V. et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

LOVEJOY et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, v. 20, n. 5, p. 561–592, 2000.

LUCCHESE, F.; TAMIS-LEMONDA, C. S. Fostering language development in children from disadvantaged backgrounds. *Encyclopedia of Language and Literacy Development*, London, Canadian Language and Literacy Research Network, jul./ago. 2007. Disponível em: < www.literacyencyclopedia>. Acesso em: 12 ago. 2007.

LUMMAA et al. Why Cry? Adaptive significance of intensive crying in human infants. *Evolution and Human Behavior,* v. 19, s.n., p. 193–202, 1998.

LUNDY, B.; FIELD, T.; PICKENS, J. Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, v. 19, n. 4, p. 419-424, 1996.

MALPHURS, J. E. et al. Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Early Development and Parenting*, v. 5, n. 2, p. 111-115, 1996.

MARTINEZ, A. et al. Depressed mothers'and infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal*, v. 17, n. 1, p. 74-80, 1996.

MALPHURS, J. E. et al. Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Early Development and Parenting*, v. 5, n. 2, p. 111-115, 1996a.

MALPHURS, J. E. et al. Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, v. 17, n. 2, p. 152-160, 1996b.

MÄNTYMAA, M. Early mother-infant interaction: determinants and predictivity. 2006. 160 f. Dissertation (Master in Medicine) – Department of Child Psychiatry, University of Tampere, Tampere. 2006.

MARQUETTE, L. *The relation of infant´s and mother´s affective and behavioral profiles to level of maternal depressive symptomatology*. 1999. 156 f. Thesis (Doctor of Philosophy) – Department of Applied Psychology, New York University, New York. 1999.

MARTINEZ, A. et al. Depressed mothers' and infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal*, v. 17, n. 1, p. 74-80, 1996.

MARTINEZ-SCHALLMOSER, L.; TELLEEN, S.; MACMULLEN, N. J. The Effect of Social Support and acculturation on postpartum depression in Mexican american women. *Journal of Transcultural Nursery,* v. 14, s.n., p. 329-338, 2003.

MELTZOFF, A.; GOPNIK, A. The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In: BAHON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. J. (Eds). *Understanding other minds: perspectives from autism*. New York: Oxford University Press, 1993. p. 335-366.

MEREDITH, P.; NOLLER, P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, v. 24, s.n., p. 668-686, 2003.

MESSINGER, D. S.; FOGEL, A.; DICKSON, K. L. What´s in a smile? *Developmental Psychology*, v. 35, n. 3, p. 701-708, 1999.

MESSINGER, D. S.; FOGEL, A.; DICKSON, K. L. All smiles are positive, but some smiles are more positive than others. *Developmental Psychology*, v. 37, No. 5, 642-653, 2001.

MILGROM, J., WESTLEYI, D. T. & MCCLOUD, P. I. Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, v. 31, s.n., p. 218-221, 1995.

MOORE, G. A.; COHN, J. F.; CAMPBELL, S. B. Mothers' affective behavior with infant siblings: stability and change. *Developmental Psychology*, v. 33, n. 5, p. 856-860, 1997.

MORAES, I. G. da S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MOSZKOWSKI, R. J.; STACK, D. M. Infant touching behaviour during mother–infant face-to-face interactions. *Infant and Child Development*, v. 16, s.n., p. 307–319, 2007.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. (1997a). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcome. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p. 111-133.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. (1997b). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, v. 27, s.n., p. 253-260, 1997.

NAJMAN, J. M.; ANDERSEN, M. J.; BOR, W. Postnatal Depression - myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 35, n. 1, p. 19-27, 2000.

NUNES, S. A. N.; FERNANDES, M. G.; VIEIRA, M. L. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 17, n. 3, p. 160-171, 2007.

OLIVEIRA, J. H. B. de. Neuroticismo: algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, v. 4, n. 20, p. 647-655, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

OTTA, E. *O sorriso e seus significados*. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAPOUŠEK, H.; PAPOUŠEK, M. Fragile aspects of early social integration. In: MURRAY L.; COOPER, P. J. (Eds): *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford Press, 1997. p. 35-51.

PAULI-POTT, U. Mothers with depressive symptoms: cross-situational consistency and temporal stability of their parenting behavior. *Infant Behavior & Development*, v. 31, s.n., p. 679–687, 2008.

PELÁEZ-NOGUERAS, M. et al. Infants of depressed mothers show less" depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, v. 15, s.n., p. 358–367, 1994.

PELÁEZ-NOGUERAS, M. et al. Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development*, v. 67, s.n., p. 1780-1792, 1996.

PAYKEL, E. S. et al. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, v. 136, s.n., p. 339-346, 1980.

PICCININI, C. A. et al. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, vol. 14, n. 3, pp. 469-485, 2001.

PICKENS, J. N.; FIELD, T. Facial expressivity in infants of "depressed" mothers. *Developmental Psychology*, v. 29, s.n., p. 986-988, 1993.

PROJETO TEMÁTICO. *Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê:* estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas conseqüências. São Paulo, no prelo.

RECK, C. et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, v. 37, s.n., p. 272–280, 2004.

REGMI, S. et al. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health*, v. 7, n. 4, p. 378–382, 2002.

REGO et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 277-285, 1990.

RIBAS, A. F. P.; SEIDL DE MOURA, M. L. Manifestações iniciais de trocas interativas mãe-bebê e suas transformações. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 4, n. 2, p. 273-288, 1999.

RIGHETTI-VELTEMA, M. et al. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, v. 70, s.n., p. 291–306, 2002.

ROCHAT, P.; STRIANO, T.; BLATT, L. Differential effects of happy, neutral, and sad still-faces on 2-, 4- and 6-month-old infants. *Infant and Child Development*, v. 11, s.n., p. 289–303, 2002.

ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, vol. 26, s.n., p. 289-295, 2004.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria,* Rio Grande do Sul, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

RUTTER, M. Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, v. 26, S.N., P. 60-67, 1990.

SANTOS, M. F. S. DOS; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.

SCHMIDT, K. L.; COHN, J. F. Human Facial Expressions as Adaptations: Evolutionary Questions in Facial Expression Research. *American Journal of Physical Anthropology*, v. 33, s.n., p. 3-24, 2001.

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

SCHORE, A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, v. 22, n. 1–2, p. 1-60, 2001.

SCHWENGBER, D. D de S. *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*. 116 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2002.

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

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

SÉAGUIN, L. et al. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women & Health*, v. 29, n. 1, p. 57-72, 1999.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 07, n. 2, jul./ago. 2005. Disponível em: <www.revistas.ufg.br>. Acesso em: 12 de dez. 2008.

SILVA, G. A. *Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda*. 2008. 212 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.

STEIN, A. The Relationship between Post-natal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry*, v. 158, s.n., p. 46-52, 1991.

SULLOWAY, F. J. Birth order, sibling competition, and human behavior. In: HOLCOMB, H. R. (Ed.). *Conceptual Challenges in Evolutionary Psychology: Innovative Research Strategies*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2001. p. 39-83.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2008.

TRONICK, E. Z. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, v. 44, n. 2, p. 112-119, 1989.

TRONICK, E. Z.; COHN, J. F. Infant-mother face-to-face interactions: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, v. 60, n. 1, p. 85–92, 1989.

TRONICK, E; ALS, H.; BRAZELTON, T. B. Infant´s communicative competencies and the achievement of intersubjectivity. In: KEY, M. R. (Ed). *The Relationship of verbal and nonverbal communication*. New York : Mouton, 1980. p. 262.

TRONICK, E. Z.; WEINBERG, M. K. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In: MURRAY, L.; COOPER, P. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford Press, 1997. p. 54–81.

TRIVERS, R. L. Parent-offspring conflict. *American Zoologist*, v. 14, s.n., p. 249-264, 1974.

VIEGAS, L. M. Diferenças de prevalência entre a rede pública de saúde (Hospital Universitário da USP) e a rede particular (Hospital Israelita Albert Einstein) encontradas na cidade de São Paulo. São Paulo, no prelo.

WEINBERG, M. K. & TRONICK, E. Beyond the face: an empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural, and regulatory behaviors. *Child Development*, v. 65, n. 5, p. 1495-1507, 1994.

WEINBERG, K. M.; TRONICK, E. Z. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression. *Depression and Anxiety*, v. 102, n. 5, p. 1298-304, 1998.

WHIFFEN, V. E. Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Reviews*, v.12, s.n., p. 485-508, 1992.

YALE, M. E. et al. The temporal coordination of early infant communication. *Developmental Psychology*, v. 39, n. 5, p. 815–824, 2003.

YONKERS, K. A. et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American Journal of Psychiatry*, v. 158, s.n., p. 1856–1863, 2001.

ZAMBERLAN, M. A. T. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos de Psicologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 399-406, 2002.

ZLOCHOWER, A. J.; COHN, J. F. Vocal timing in face-to-face interaction of clinically depressed and nondepressed mothers and their &month-old infants. *Infant Behavior and Development*, v. 19, s.n., p. 371-374, 1996.

10. ANEXOS

ANEXO A - Questões selecionadas da 1ª, 2ª e 3ª entrevistas

1. *Idade*: idade da mãe e do pai do bebê.

2. *Escolaridade*: anos e nível de escolaridade da mãe e do pai do bebê.

3. *Ocupação*: se a mãe e o pai do bebê trabalhavam e/ou estudavam; se a mãe parou de estudar e/ou trabalhar por opção.

4. *Status marital*: se a mãe possui companheiro[23].

5. *Pré-natal*: qual UBS que a mãe realizou seu pré-natal; quando iniciou o pré-natal; número de consultas durante o pré-natal.

7. *Gravidez*: se a mãe parou de estudar e/ou trabalhar devido à gravidez; quando descobriu a gravidez; se a gravidez foi planejada, desejada e aceita; tempo de gestação (em semanas); intercorrências durante a gravidez; se teve enjôo durante a gestação, qual a intensidade, a duração e se precisou de internação; se fumou, qual foi a quantidade de cigarros por dia e qual a duração (em meses); se bebeu, qual a freqüência por semana e qual a duração (em meses).

8. *Parto*: tipo de parto; se teve acompanhante de parto e quem foi.

9. *Histórico familiar*: qualidade do ambiente familiar na infância; qualidade da vida familiar com o companheiro; número de pessoas morando na mesma casa; número de adultos (parentes e/ou amigos) que moram na mesma casa; número de crianças (filhos ou outras crianças) morando na mesma casa; composição familiar (família nuclear - pai, mãe e filhos; família nuclear estendida - pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos; família mononuclear -

[23] Foi considerado que as mães tinham companheiro quando estas relatavam estar namorando, noivas ou casadas, independentemente de morarem com seus companheiros.

mãe e filhos; família mononuclear estendida - mãe, filhos e outros parentes e amigos); se a mãe convive com o pai da criança; se o pai da criança tem filhos com outra mulher.

10. *Histórico reprodutivo*: idade da menarca[24]; idade da primeira relação sexual; número de filhos vivos; paridade[25].

11. *Características infantis*: idade, sexo e peso.

12. *Histórico psiquiátrico*: histórico prévio de depressão (se já teve algum episódio de depressão não relacionado à gestação); se tomou algum medicamento para depressão; se toma algum medicamento atualmente.

13. *Aleitamento*: se estava amamentando, por quanto tempo pretende amamentar, se amamentou outros filhos e por quanto tempo.

[24] Menarca se refere à primeira menstruação.
[25] Paridade se refere à condição de ser primípara (primeira gestação) ou multípara (mais de uma gestação).

ANEXO B - Instrumento utilizado na primeira entrevista (último trimestre de gestação)

Data: _____/____/_____

Local:
Rio Grande do Norte..... 1
Rio de Janeiro..... 2
São Paulo..... 3

Entrevistador:_____

Local da entrevista:
Domicílio..... 1
UBS..... 2
Outro..... 3
Qual?_____

O agente comunitário de saúde está presente na entrevista? 1 - SIM 2 - NÃO

Perfil da mãe:
1. Nome completo:_____
2. RG:_____
3. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

4. Número da matrícula:_____

5. Data de nascimento:_____

6. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____

7. Endereço:_____

8. Trabalha? 1 - SIM 2 - NÃO

9. Estuda? 1 - SIM 2 - NÃO

10. Se não estuda (e/ou trabalha), e estudava (e/ou trabalhava), parou por causa da gravidez? 1 - SIM 2 - NÃO

11. Foi por opção? 1 - SIM 2 - NÃO

12. A Sra. descobriu que estava grávida em que mês da gestação?_____ Mês

13. Como a Sra. Descobriu que estava grávida?

_____

14. Dê uma nota de 1 a 5 (sendo 1 = mais baixo e 5 = mais alto) para o quanto você sentiu as emoções abaixo, quando descobriu que estava grávida, como se sentiu?

Feliz						Assustada				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Surpresa						Entusiasmada				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Triste						Com raiva				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

15. Em que mês da gestação a Sra. Iniciou o Pré-Natal?_____ Mês

LEMBRANÇAS DA INFÂNCIA

16. Com relação às lembranças que a Sra. tem da sua infância e do relacionamento com os seus pais, pontue numa escala de 1(nada) a 5(muito):

a) O quanto a Sra. sente que recebia de carinho, atenção e cuidados afetivos:

1	2	3	4	5

b) O quanto sentia que seus pais se preocupavam com a Sra.:

1	2	3	4	5

c) O quanto representam, nas suas lembranças, as situações em que a Sra. se sentiu rejeitada e/ou castigada:

1	2	3	4	5

17. Como a Sra classificaria o seu ambiente familiar na infância?

Era muito afetivo..... 1
Era afetivo..... 2
De vez em quando era estressante..... 3
Era quase sempre estressante..... 4
Não era nem muito afetivo, nem muito estressante..... 5

18. Qual a sua escolaridade? E a do seu marido / companheiro?

Anos de escolaridade da respondente: _____

	Respondente	Marido/companheiro
Não alfabetizado	1	1
Ensino fundamental incompleto: primário incompleto	2	2
Ensino fundamental incompleto: primário completo e ginásio incompleto	3	3
Ensino fundamental completo	4	4
Ensino médio incompleto	5	5
Ensino médio completo	6	6
Ensino superior incompleto	7	7
Ensino superior completo	8	8
Pós-graduação	9	9
Não sabe	10	10

Não tem marido / companheiro	-	11

ESTILOS DE RELACIONAMENTO

Vão ser apresentadas agora algumas descrições de estilos de relacionamento, ou seja, como as pessoas se ligam afetivamente, com o que se preocupam, com o que se sentem bem. Pedimos que você avalie o grau de semelhança entre o que você costuma sentir e cada uma das afirmações que serão apresentadas. Dê uma nota para cada afirmação, desde 1 = não tem nada a ver comigo, até 5 – tem tudo a ver comigo.

	Não tem nada a ver comigo 1	**Um pouco parecido comigo 2**	**Mais ou menos parecido comigo 3**	**Bastante parecido comigo 4**	**Tem tudo a ver comigo 5**
19. Acho relativamente fácil me aproximar das pessoas					
20. Acho difícil confiar nos outros					
21. Muitas vezes fico preocupada pensando se meu parceiro amoroso realmente me ama					
22. Acho que as outras pessoas não querem se aproximar de mim tanto quanto eu gostaria					
23. Eu me sinto bem confiando nas outras pessoas					
24. Eu <u>não</u> me incomodo quando as pessoas ficam muito ligadas afetivamente a mim					
	Não tem nada a ver comigo 1	**Um pouco parecido comigo 2**	**Mais ou menos parecido comigo 3**	**Bastante parecido comigo 4**	**Tem tudo a ver comigo 5**
25. Eu acho que as pessoas nunca estão lá quando a gente precisa delas					
26. Eu me incomodo um pouco com a proximidade afetiva das outras pessoas.					
27. Freqüentemente me preocupo com a possibilidade do meu parceiro amoroso não querer mais ficar comigo					
28. Quando demonstro meus sentimentos para os outros, tenho medo que eles não sintam o mesmo por mim					
29. Muitas vezes me pergunto se meus parceiros amorosos realmente gostam de mim					
30. Eu me sinto bem quando estabeleço relações próximas com outras pessoas					

31. Eu não gosto quando alguém fica muito ligado afetivamente a mim.					
32. Eu sei que as pessoas estarão lá quando eu precisar delas					
33. Eu quero me aproximar das pessoas, mas tenho medo de me ferir					
34. Eu acho difícil confiar inteiramente nos outros					
35. Em geral, meus parceiros amorosos querem que eu fique emocionalmente mais próxima deles do que eu gostaria					
36. Não tenho certeza de poder contar sempre com os outros quando eu precisar deles					

DADOS DA FAMÍLIA

37. Por favor, a senhora pode me informar quantas pessoas moram na sua casa, sem contar os empregados? Não esqueça de incluir a senhora também. TOTAL: _____ PESSOAS

38. A senhora poderia me dizer quem são as pessoas que vivem na sua casa?

1. Respondente | | | anos

2. Marido / companheiro | | | anos

	Quantos?
3. Filhos de 0 a 4 anos	
4. Filhos de 5 a 8 anos	
5. Filhos de 9 a 12 anos	
6. Filhos de 13 a 16 anos	
7. Filhos com mais de 16 anos	
8. Outras crianças e jovens menores de 18 anos (ex. enteados ou adotados, de criação, filhos de parentes e amigos)	
9. Outros parentes adultos	
10. Amigos adultos	

39. Composição familiar:
Família nuclear (pai, mãe e filhos)..... 1
Família nuclear estendida (pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos)..... 2
Família mononuclear (mãe e filhos)..... 3
Família mononuclear estendida (mãe, filhos e outros parentes e amigos)..... 4

PERFIL DO PAI DO BEBÊ E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO RELACIONAMENTO:

40. Convive atualmente com o pai desta criança? 1 - SIM 2 - NÃO
41. O pai do bebê trabalha? 1 - SIM 2 - NÃO
42. O pai do bebê estuda? 1 - SIM 2 - NÃO
43. O pai do bebê tem filhos com outra mulher? 1 - SIM 2 - NÃO

44. Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido ou companheiro? (se houver)

Nada conflituosa	1
Um pouquinho conflituosa	2
Um pouco conflituosa	3
Razoavelmente conflituosa	4
Bastante conflituosa	5
Muito conflituosa	6
Extremamente conflituosa	7

Por quê?_____

AVALIAÇÃO DA REDE DE APOIO

Se precisar com que freqüência você conta com alguém	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
44. que a ajude se ficar de cama?					
45. para levá-la ao médico?					
46. para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?					
47. para preparar suas refeições se a você não puder prepará-las?					
48. que demonstre afeto pela Sra.?					
49. que lhe dê um abraço?					
50. que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida?					
51. para ouvi-la quando a Sra. precisar falar?					
52. em quem confiar ou para falar da Sra. ou sobre seus problemas?					
53. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
54. que compreenda seus problemas?					
55. para dar bons conselhos em situações de crise?					
56. para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?					
57. de quem a Sra. realmente quer conselhos?					
58. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
59. com quem fazer coisas agradáveis?					
60. com quem distrair a cabeça?					
61. com quem relaxar?					
62. para se divertir junto?					

HISTÓRICO REPRODUTIVO

64. Idade da primeira menstruação: | | | anos

65. Idade da primeira relação sexual: | | | anos

66. É sua primeira gravidez? 1 - SIM 2 - NÃO

67. Filhos (obs.: incluir gestação atual):

	Gestação 1	Gestação 2	Gestação 3	Gestação 4	Gestação 5
Sexo da criança (M, F)					
Idade da mãe no nascimento					
Nome do pai da criança					
Idade do pai no nascimento					
Tipo (aborto, normal, cesariana, fórcipe, natimorto)					
Peso ao nascer					
Está vivo (sim, não)					
Planejado (sim, não)					
Desejado (sim, não)					
Aceito (sim, não)					
Intercorrência na gestação (sim, não)					
Depressão após o nascimento da criança (sim, não)					

68. Teve depressão anteriormente não relacionada à gestação?
1 - SIM 2- NÃO

69. Se sim, tomou algum medicamento?
1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

70. Ainda toma algum medicamento deste tipo?
1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

71. Nesta gravidez, apresentou enjôos, náuseas, vômitos?
1 - SIM 2 - NÃO

72. Se sim, foi:
Leve..... 1
Moderado..... 2
Intenso..... 3

73. Quanto tempo durou?
1 mês..... 1
2 meses..... 2
≥3 meses..... 3

74. Necessitou de internação para esse problema?
1 - SIM 2 – NÃO

ANEXO C - Instrumento utilizado na segunda entrevista (dois dias após o parto)

Data: _____/____/_____
Entrevistador:_____

Identificação da mãe:
1. Nome completo:_____
2. RG:_____
3. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

4. Número da matrícula no HU/USP:_____

5. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____
6. Endereço:_____

7. Data do parto: _____/____/_____
8. Nome da criança: _____
9. Sexo da criança: 1 - Masculino 2 – Feminino

10. Peso de nascimento: _____ g
11. Altura de nascimento: ___ cm
12. Perímetro cefálico: _____cm
13. Apgar 1º minuto: _____
14. Apgar 5º minuto: _____
15. Apgar 10º minuto: _____

20. Número de consultas no pré-natal?_____

21. Durante o período de gestação, a senhora:
a) Fumou?
1 - SIM 2 - NÃO
b) Quantos cigarros por dia? _____
Até que mês? _____

c) Ingeriu bebidas alcoólicas?
1 - SIM 2 – NÃO
d) Com que freqüência?
1– Menos de uma vez por semana
2 – Uma vez por semana
3– Duas a três vezes por semana
4 – Quatro a cinco vezes por semana
e) Até que mês? _____

f) Usou outras substâncias?
1 - SIM 2 - NÃO
g) Quais? _____
h) Com que freqüência?
1 – Menos de uma vez por semana
2 – Uma vez por semana
3 – Duas a três vezes por semana
4 – Quatro a cinco vezes por semana
i) Até que mês? _____

22. Como a Sra. avalia seu pré-natal?

1 2 3 4 5

23. Participou de grupo de gestante?
1 - SIM 2 - NÃO

24. A Sra.foi convidada a conhecer o HU antes de ter o bebê?
1 – SIM 2 - NÃO

25. A Sra. foi conhecer o HU antes de ter o bebê?
1 - SIM 2 - NÃO

26. Sentiu-se acolhida pela equipe e assistência do HU?
1 - SIM 2 - NÃO

27. Teve acompanhante durante o trabalho de parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Quem?_____

28. Teve acompanhante durante o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Quem?_____

29. Qual foi o tempo de gestação? | | | semanas

30. Tipo de parto: 1 - NORMAL 2 - CESÁREA3 - FÓRCIPE

31. Teve complicações durante o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Qual?_____

32. Permaneceu com o filho desde o parto?
1 - SIM 2 - NÃO
Por quê?_____

33. Com relação às suas expectativas em relação à aparência do bebê:

O bebê correspondeu totalmente às expectativas	1
O bebê correspondeu parcialmente às expectativas	2
O bebê não correspondeu às expectativas	3

Por quê?_____

34. Você pretende amamentar seu filho?
1 - SIM 2 - NÃO
Por quanto tempo?_____
Por quê?_____

35. Você amamentou outros filhos anteriormente?

1 – SIM 2 – NÃO 3 - NÃO SE APLICA
Por quanto tempo?_____
Por quê?_____

36. Você foi amamentada?
1 – SIM 2 – NÃO 3 - NÃO SEI

37. Quantos quilos engordou nesta gestação?
Menos de 9 kg..... 1
Até 9 kg..... 2
Até 15 kg..... 3
Até 20 kg..... 4
Mais de 20 kg..... 5

38. Como se sente fisicamente?
Muito bem..... 1
Disposta..... 2
Um pouco cansada..... 3
Fraca..... 4
Exausta..... 5

39. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5

40. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5

41. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5

42. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5

43. Dê uma nota de 1 (nada) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

1	2	3	4	5

Em relação à outros filhos:

1	2	3	4	5

Em relação a você:

1	2	3	4	5

No relacionamento conjugal:

1	2	3	4	5

Em relação ao seu trabalho:

1	2	3	4	5

Descreva suas preocupações:

_____
_____
_____
_____
_____

QUESTIONÁRIO SOBRE SEMELHANÇA E NOMEAÇÃO DO BEBÊ

44. Quem escolheu o nome do bebê?

Você..... 1
O pai do bebê..... 2
Você e o pai do bebê juntos..... 3
Alguém da sua família..... 4
Alguém da família do pai do bebê..... 5
Outras pessoas..... 6
Itens 4, 5 e 6: Quem?_____

45. Como foi escolhido o nome do bebê?

Você escolheu um nome que já existe na sua família..... 1
Você escolheu um nome que já existe na família do pai do bebê..... 2
Você escolheu um nome de outra pessoa conhecida..... 3
Outros motivos..... 4
Quais?_____

46. Caso a resposta tenha sido 1, 2 ou 3, quem tem o mesmo nome?

_____

47. A criança tem os sobrenomes:

Do pai..... 1
Da mãe..... 2
Do pai e da mãe..... 3

De outros..... 4

48. Com quem, do casal ou das pessoas da família, você acha que seu filho se parece?
Parecido com você 1
Parecido com o pai 2
Parecido com ambos 3
Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno: _____

49. Com quem, do casal ou das pessoas da família, o pai acha que a criança se parece?
Parecido com você 1
Parecido com o pai 2
Parecido com ambos 3
Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno: _____

50. Com quem você acha que se parecia, quando bebê?
Com sua mãe 1
Com seu pai 2
Com ambos 3
Outras alternativas 4
Especifique o tipo de parentesco e se é do lado materno ou do lado paterno: _____

ANEXO D - Instrumento utilizado na terceira entrevista (entre dois e quatro meses pós-parto)

Data: _____/____/_____
Local:
Rio Grande do Norte..... 1
Rio de Janeiro..... 2
São Paulo..... 3

Entrevistador:_____

Local da entrevista:
Domicílio..... 1
UBS..... 2
Outro..... 3
Qual?_____

1. Nome completo da mãe:_____
2. RG:_____
3. Nome completo da criança:_____

4. Local do Pré-Natal
HU..... 1
UBS..... 2
Qual?_____

5. Número de matrícula:
HU:_____
UBS:_____

6. Telefones para contato:
Fixo_____
Celular_____
Recado_____

7. Endereço: _____

8. Em que cidade você nasceu?_____
9. Há quanto tempo mora em São Paulo?_____ _____
10. Quem, da sua família, mora em São Paulo?

_____
_____
_____

11. A criança saiu registrada do hospital? 1 - SIM 2 – NÃO
Por quê?_____

12. A criança está registrada agora? 1 - SIM 2 – NÃO
Por quê?_____

13. Você está amamentando a criança no peito? 1 - SIM 2 – NÃO
14. Por quê? _____
15. Se não, por quanto tempo amamentou?_____
16. Se sim, por quanto tempo pretende continuar amamentando?_____
17. Como se sente fisicamente?

Muito bem.....1
Disposta..... 2
Um pouco cansada.....3
Fraca.....4
Exausta.....5

18. Como se sente emocionalmente?

1 2 3 4 5

19. Como se sente em relação ao bebê?

1 2 3 4 5

20. Como se sente sendo mãe?

1 2 3 4 5

21. Como se sente em relação ao pai da criança?

1 2 3 4 5

43. Dê uma nota de 1 (nenhuma) a 5 (muito alta) para suas preocupações atuais:

Em relação ao bebê:

1	2	3	4	5

Em relação à outros filhos:

1	2	3	4	5

Em relação a você:

No relacionamento conjugal:

1	2	3	4	5

Em relação ao seu trabalho:

1	2	3	4	5

1	2	3	4	5

Descreva suas preocupações:

_____
_____
_____

22. Dê uma nota de 1 (nenhum) a 5 (muito cansada) para seu cansaço, atualmente:
a) Nas "tarefas" relacionadas ao bebê

1	2	3	4	5

b)Para as "tarefas" da casa

1	2	3	4	5

c) No relacionamento conjugal

1	2	3	4	5

d) Em relação às atividades familiares

1	2	3	4	5

e) Em relação às atividades sociais

1	2	3	4	5

23. Como você tem realizado as atividades rotineiras?
Sinto-me mais ativa do que nunca..... 1
Da mesma forma que realizava antes de engravidar..... 2
Ainda igual ao período da gravidez..... 3
De forma bem mais lenta do que de costume..... 4
Não consigo realizar as atividades do dia-a-dia..... 5

24. Alguém tem ajudado nas tarefas diárias e nos cuidados com o bebê?

1-SIM 2-NÃO

25. Se sim, quem? (especificar parentesco e se é do lado materno ou paterno)_____

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.
Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

Sim, todo o tempo..... 0
Sim, na maior parte do tempo..... (1)

Não, nem sempre..... 2
Não, em nenhum momento..... 3

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana. Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

26. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
Como eu sempre fiz..... 0
Não tanto quanto antes..... 1
Sem dúvida menos que antes..... 2
De jeito nenhum..... 3

27. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.
Como sempre senti..... 0
Talvez menos do que antes..... 1
Com certeza menos..... 2
De jeito nenhum..... 3

28. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

29. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
Não, de maneira alguma..... 0
Pouquíssimas vezes..... 1
Sim, algmas vezes..... 2
Sim, muitas vezes..... 3

30. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
Sim, muitas vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

31. *Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles..... 0
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes..... 1
Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles..... 2
Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes..... 3

32. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, algumas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

33. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
Sim, na maioria das vezes..... 0
Sim, muitas vezes..... 1
Não muitas vezes..... 2
Não, de jeito nenhum..... 3

34. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
Sim, quase todo o tempo..... 0
Sim, muitas vezes..... 1
De vez em quando..... 2
Não, nenhuma vez..... 3

35. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
Sim, muitas vezes ultimamente..... 0
Algumas vezes nos últimos dias..... 1
Pouquíssimas vezes, ultimamente..... 2
Nenhuma vez..... 3

ANEXO E - Protocolo de Freqüência de Comportamentos Interativos Mãe-bebê - Situação face-a-face (Brum, 2005)

Nº de registro: _____
Data de nascimento: _____
Nome da criança: _____
Nome da mãe: _____
Observador: _____

Registro do tempo																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	total
Mãe olha para criança																
Criança olha para mãe																
Olhar mútuo																
Mãe verbaliza para criança																
Criança vocaliza para mãe																
Verbalização mútua																
Mãe sorri para criança																
Criança sorri para mãe																
Sorriso mútuo																
Criança chora																

ANEXO F – Protocolo de Observação de Categorias Comportamentais

Intervalos Mãe	Olhar	Sorriso	Verbalização	Toque	Intervalos Criança	Olhar	Olhar para mão da mãe	Sorriso	Vocalização	Choro
1					1					
2					2					
3					3					
4					4					
5					5					
6					6					
7					7					
8					8					
9					9					
10					10					
11					11					
12					12					
13					13					
14					14					
15					15					
16					16					
17					17					
18					18					
19					19					
20					20					
21					21					
22					22					
23					23					
24					24					
25					25					
26					26					
27					27					
28					28					
29					29					
30					30					
31					31					
32					32					
33					33					
34					34					
35					35					
36					36					
37					37					
38					38					
39					39					
40					40					
41					41					
42					42					
43					43					
44					44					
45					45					

ANEXO G - Protocolo de Observação dos Estilos Interativos Maternos

	Intrusivas							Retraídas			Boa interação		
	Intervalos Mãe	Cócegas	Empurrar	Puxar	Chacoalhar	Fala aguda, não-contingente	Expressões faciais exageradas e falsas. Ações rápidas	Toque raro ou ausência	Afeto raso	Fala mínima não contingente	Moderada quantidade de sorriso	Toque e comp. contingente responsivo	Fala contingente
0-10	1												
10-20	2												
20-30	3												
30-40	4												
40-50	5												
50-60	6												
1.0-1.10	7												
1.10-1.20	8												
1.20-1.30	9												
1.30-1.40	10												
1.40-1.50	11												
1.50-1.60	12												
2.0-2.10	13												
2.10-2.20	14												
2.20-2.30	15												
2.30-2.40	16												
2.40-2.50	17												
2.50-3.0	18												

ANEXO H - Definições operacionais que dão suporte à análise de estilos interativos maternos

A. Comportamentos intrusivos

1. *fazer cócegas bruscamente:* Provocar uma sensação particular através de toques ou fricções bruscas e repetidas na pele ou mucosas do bebê.

2. *empurrar bruscamente:* Impelir ou conduzir com força o bebê.

3. *puxar bruscamente:* Trazer o bebê para si com força.

4. *chacoalhar bruscamente:* Agitar o corpo do bebê de maneira brusca.

5. *usar movimentos rápidos ou abruptos:* Introduzir mudanças abruptas entre as atividades, interagindo numa intensidade constante e alta ao ponto de hiper-estimular o bebê. Este item exemplifica outras atividades não representadas pelos itens anteriores.

6. *fala aguda e não-contingente:* Fala não direcionada e focada na criança ou um discurso que é direcionado e focado na criança mas que não é espontâneo.

7. *expressões exageradas e falsas:* Trata-se da ausência de autenticidade e espontaneidade afetiva, realizada através de performances encenadas e exageradas (ex., riso exagerado), demonstrando uma incongruência dos canais de expressão emocional verbal e não-verbal.

B. Comportamentos retraídos

1. toque raro ou ausência de toque: Manter pouco ou nenhum contato com o bebê.

2. afeto raso: Agir de maneira pouco sensível, calorosa ou afetiva.

3. fala mínima: Ocorrência mínima da fala, direcionada ou não ao bebê.

C . Comportamentos de "boa-interação"

1. sorriso moderado: ação de sorrir com freqüência de ocorrência moderada.

2. comportamento e toque contingentemente responsivo: toques ou outros tipos de comportamentos sensíveis ou adequados emitidos em momentos ótimos referentes aos sinais emocionais expressos pela criança.

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

São Paulo, 27 de novembro de 2006.

Il^mo(a). S^r(a).
Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Divisão de Clínica Pediátrica
Hospital Universitário
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** *"Interação mãe-bebê: depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento"* – **Registro CEP-HU/USP**: 673/06 – **SISNEP CAAE**: 0051.0.198.000-06

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 24 de novembro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para **24 de novembro de 2007.**

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-900 São Paulo – SP
Tels.: (11) 3039-9457 ou 9479 – Fax: (11) 3039-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 15 de agosto de 2006

PARECER Nº 0193/CEPS/MS/2006

I - Identificação

Título do projeto:" **Depressão pós-parto, comportamento de cuidado e vinculação mãe-bebê"**
Número CEPSMS: **CAAE 0123/06**
Pesquisadores responsáveis: **EMMA OTTA**

II Objetivos:

- Verificar a incidência de depressão pós-parto (DPP) em mães durante o primeiro trimestre de vida dos bebês, em São Paulo;
- Avaliar alguns comportamentos maternos após o parto indicativos de busca de aumento de vinculação do pai com o bebê, como a atribuição de semelhança física ao pai e a motivação para nomeação;
- Relacionar a DPP no primeiro trimestre após o parto com o estilo de apego da mãe avaliado no último trimestre da gestação;
- Verificar a correlação entre DPP e condições de suporte à mãe (incluindo suporte material, afetivo e emocional) no último trimestre da gestação e entre 9 a 12 semanas após o parto.

III - Sumário do Projeto:

Descrição, caracterização da amostra e critérios de inclusão: mães que tiverem o parto realizado no HU-USP entre setembro e dezembro de 2006, tiverem realizado o pré-natal em uma das unidades de saúde (HU-USP, CSE Butantã, UBS Jardim São Jorge, UBS Vila Dalva e UBS Boa Vista), cujos bebês tiverem nascido a termo e que elas e os bebês apresentem boas condições de saúde.

Adequação da metodologia: serão realizadas entrevistas individuais, aplicados questionários e escalas de apego, de apoio social e de depressão pós-parto. **Os instrumentos de pesquisa foram relacionados no projeto e foram apresentados.**

Adequação das condições: estão adequadas.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

Estrutura do protocolo: Adequado.
Justificativa de uso de placebo: Não se aplica.
Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.): Não se aplica.

Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

Análise de riscos e benefícios: O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa.
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: O estudo pode trazer benefício para a área do conhecimento..
Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: adequado.
Informação adequada quanto ao financiamento: Está esclarecido que o projeto não demandará despesas para a SMS/SP.
Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

V – Parecer do CEP: PROJETO APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2° andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
EMMA OTTA
NESTA

ANEXO L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa "Interação mãe-bebê e depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento" que visa obter dados a respeito de aspectos físicos e emocionais referentes à gravidez e ao período pós-parto que possam estar relacionados com a presença ou não de depressão. Nosso estudo começa logo antes do parto e segue a mãe e o bebê até que ele tenha 3 anos de idade.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Natal, estando a coordenação da pesquisa em São Paulo a cargo da Dra. Maria Teresa Zulini da Costa da Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário da USP e da Profa. Emma Otta do Departamento de Psicologia Experimental da USP.

A sua participação é voluntária e muito importante para que possamos esclarecer melhor o problema da depressão pós-parto, que aflige hoje tantas mulheres no mundo todo. Caso concorde em participar, teremos contato com a senhora nas seguintes etapas:

Entrevistas– Serão realizadas entrevistas que terão a duração máxima de 20 minutos nos seguintes momentos:

- No último trimestre da gestação
- No período entre 24 e 48 horas depois do parto, quando a senhora ainda estiver no hospital.
- No período entre 9 e 12 semanas depois do parto
- E antes das filmagens, que acontecerão aos 4, 8, 14, 24 e 36 meses de idade de seu filho (conforme explicado logo abaixo).

Filmagens (após as entrevistas): A duração máxima de cada filmagem será de 15 minutos, exceto aos 14 meses, quando deverá durar em torno de 30 minutos. Serão realizadas seis filmagens do seu bebê com a senhora, nas seguintes ocasiões:

- na hora do parto, quando ele é colocado no seu peito.
- com 4 meses de idade
- com 8 meses de idade
- com 14 meses de idade
- com 24 meses de idade
- com 36 meses de idade.

Será oferecida uma fotografia da senhora junto com seu bebê como lembrança de um desses momentos.

Coleta de Sangue e Saliva

Serão coletadas amostras do seu sangue na hora do parto, no 2o dia após o parto, e entre 9 e 12 semanas após o parto. O volume coletado por amostra será apenas de 5 mililitros. Pode haver um pequeno desconforto decorrente da coleta de sangue, e em alguns casos surgir hematoma no local da punção. Entretanto, isso geralmente não ocorre e, quando ocorre, os efeitos são passageiros e os riscos são mínimos. A coleta de sangue será feita por um profissional de saúde especializado, que poderá orientá-la no caso de alguma eventualidade, além de esclarecer qualquer dúvida.

Serão coletadas amostras de saliva do seu bebê através do umedecimento de um pequeno algodão colocado na sua boca, próximo à gengiva. Os momentos da coleta serão os seguintes: no 2o dia e entre 9 e 12 semanas após o parto. O desconforto para o seu filho, se houver, é mínimo, passageiro e o procedimento é isento de riscos.

O sangue e a saliva coletados serão usados para dosagem hormonal nos casos em que a entrevista indicar depressão. Para um grupo de mães participantes nas quais não tiver sido constatada depressão também serão realizadas dosagens hormonais nas amostras anteriormente coletadas do seu sangue e da saliva do seu filho, para servirem de referência para os casos onde houve indicação. Os exames laboratoriais serão realizados no Laboratório de Dosagens Hormonais da FMVZ da Universidade de São Paulo sob coordenação do Dr. Cláudio Alvarenga. As amostras de sangue poderão também ser objeto de análises de biologia molecular, visando detectar indicadores adicionais da depressão.

Avaliação do Desenvolvimento da Criança
Durante os períodos de filmagens e entrevistas, nós avaliaremos o crescimento do seu bebê através da medição do peso e do comprimento, e também o seu desenvolvimento geral (comportamento, movimentos, atitudes, linguagem etc) e neurológico através de EEG.

As fases da pesquisa que ocorrem a partir do momento do parto só serão realizadas com as mulheres que tiverem bebê no Hospital Universitário da USP (HU). Portanto, se a senhora quiser participar de todas as etapas da pesquisa, deverá dar preferência por esse hospital. Caso ele venha a nascer em outro local, não poderemos dar continuidade ao trabalho de pesquisa.

As filmagens de todas as mães e de seus respectivos bebês, assim como as amostras de sangue e saliva que não forem utilizadas para dosagem hormonal, ficarão armazenadas em um banco de dados para futuras pesquisas, mas somente serão usadas após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP.

Se, através das entrevistas, considerarmos que a senhora necessita de tratamento médico para depressão, será feito o encaminhamento para o sistema de saúde público (SUS).

Se, através da avaliação do desenvolvimento de seu filho, considerarmos que o desenvolvimento apresenta problemas, ele também será encaminhado para a rede de atendimento (SUS).

Não haverá nenhum pagamento, porém, haverá ajuda de custo para cobrir gastos com locomoção em todos os momentos em que for necessário em decorrência da sua participação nesta pesquisa.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4042 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

A senhora também pode entrar em contato, para mais informações sobre a pesquisa, ou em caso de qualquer intercorrência, com as seguintes pesquisadoras: Dra. Maria Teresa Zulini da Costa, da Unidade Neonatal da Divisão de Clínica Pediátrica, do Hospital Universitário (Telefone: 30399409 e-mail: mtzcosta@usp.br) e Profa. Emma Otta, do Instituto de Psicologia da USP (Telefone: 30914448 e-mail: emmaotta@usp.br).

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP, caso deseje fazer contato, é: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 e Telefone: 30399457.

A senhora poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Declaro, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador, ter entendido o que me foi explicado e, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, consinto em participar da presente pesquisa.

Nome da participante da pesquisa:

Número do RG:
Endereço residencial:
Telefones para contato:

_____ _____

Assinatura da participante Assinatura do pesquisador

São Paulo, _____
(data)