



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EMANUEL MISSIAS SILVA PALMA

**A interação mãe-criança em díades com mães deprimidas e díades com mães sem
depressão**

Salvador

2012

EMANUEL MISSIAS SILVA PALMA

**A interação mãe-criança em díades com mães deprimidas e díades com mães sem
depressão**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal da Bahia, como exigência parcial
para obtenção do grau de mestre em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia do
Desenvolvimento

Professora orientadora: Prof^a Dr^a
Patrícia Alvarenga

Salvador

2012

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Patrícia Alvarenga
Universidade Federal da Bahia
UFBA

Profª Drª Eulina da Rocha Lordelo
Universidade Federal da Bahia
UFBA

Profª Drª Miriã Alves Ramos de Alcântara
Universidade Católica do Salvador
UCSal

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Rute e Manoel por terem me apoiado durante toda a minha vida e formação acadêmica, em especial à minha mãe, por sempre estar ao meu lado, vibrando por cada conquista, dando conselhos quando necessário e me incentivando a perseguir meus sonhos, mesmo sem muitas vezes entendê-los muito bem.

À minha querida e competente orientadora Patrícia Alvarenga por esses sete anos de dedicação, aprendizagem e confiança. Por sempre manter as portas de sua sala de pesquisa abertas para mim, por ter me oferecido um modelo de respeito ao próximo, compromisso ético, competência e zelo pelo bem público e também por despertar e cultivar em mim o amor pela pesquisa em psicologia ainda na graduação.

Aos meus irmãos Ana Paula e Kevin e às minhas duas sobrinhas lindas, divertidas e inteligentes Laurinha e Mari, por sempre me oferecerem apoio, palavras e gestos de ternura e compreensão e tornarem minha vida mais leve, alegre e prática.

À Fundação de Amparo e Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia pelo auxílio financeiro que tornou ainda mais possível a execução deste projeto.

A minha amiga Fran Andrade que sempre me incentiva, diverte e apóia com suas palavras de carinho e sua escuta atenta. Pelas inúmeras horas ao telefone em que falamos de nossas vidas, angústias, alegrias, dúvidas, coisas práticas do cotidiano, dores e amores, além, é claro, de pesquisa em psicologia. Fran, obrigado por fazer parte da minha vida e me ensinar tanto sobre *super-Ação!* Com você, a vida fica bem mais fácil...e bonita!

À minha querida amiga do peito e de todas as horas Pâmela Pitágoras que, desde o primeiro dia de aula na graduação, tem se mostrado uma amiga fiel, sincera, afetuosa e

compreensiva. Obrigado, Selva, por ser um exemplo de amiga dedicada, profissional ética e comprometida e pessoa solidária!

Aos amigos, novos e antigos, Airton João Santos (in memoriam), Cláudio Amaral, Elton Camargo, Frederico Figueiroa e João Matheus por, em diferentes momentos de minha trajetória, me mostrarem coisas importantes sobre a vida: o valor da amizade, do trabalho árduo e honesto e das horas de divertimento. Com vocês, aprendo a cada dia!

À querida professora Ana Lúcia Ulian por ter me ensinado tanto sobre análise do comportamento, terapia analítico-comportamental e, mais importante, por ter acreditado em mim. Obrigado, Aninha, por aquela conversa longa e transformadora que tivemos quando eu ainda dava meus primeiros passos, um pouco titubeando, em suas inesquecíveis aulas de Introdução à Psicologia. Que forma fantástica de começar!

Às colegas do mestrado por compartilharmos dúvidas, angústias e alegrias nas qualificações e disciplinas, em especial a Akemy Mochizuky, pelo auxílio médico, jurídico, reprográfico e estatístico, e a Mariana Barreto por me ensinar a fazer e entender melhor análises estatísticas.

Às minhas colegas de profissão e amigas Luciana Maria Silva e Janaína Nascimento por, a cada encontro, me ensinarem muito sobre solidariedade, amor à profissão, respeito ao próximo e o poder da *Transform-Ação*. Obrigado por me proporcionarem um ambiente tão reforçador! Com vocês, as horas passam voando...

Aos membros do grupo de pesquisa sobre os preditores do comportamento antissocial na infância por terem me ensinado, em todos esses anos, muito do que sei sobre trabalho em equipe, perseverança e dedicação. Agradeço especialmente a Lara Sampaio por idas e vindas pela cidade, quando visitávamos as mães, conversávamos sobre a psicologia, a

vida (a nossa e a dos outros, inclusive a de personagens de livro e TV) e descobríamos, a pé ou de “busu”, uma outra Salvador.

Às graduandas em psicologia Catielle Paixão, Eliana Almeida e Heloneida Costa pelo valioso, exímio, competente e dedicado trabalho de codificação dos vídeos que fizeram parte deste estudo. Isto aqui é também resultado dos esforços de vocês. Muito obrigado!

Às colegas e amigas da graduação que sempre torceram por mim e de quem gosto tanto Tacianne Brandão, Larissa Mendes, Talita Vasconcellos “Perfect”, Ionara Vinelli e Quele Gomes. Tenham certeza de que com vocês aprendi muito mais sobre psicologia do que em qualquer livro de teorias e sistemas psicológicos. Obrigado pelo riso fácil, as mensagens de carinho e o acolhimento sincero!

Às mães e suas famílias participantes deste estudo e do projeto de pesquisa longitudinal do qual ele faz parte que, durante todos esses anos, abriram as portas de seus lares para nos acolherem e nos ensinarem muito mais do que prediziam nossas hipóteses.

À professora Dr^a Eulina Lordelo, por ser um exemplo de pesquisadora ética, competente e produtiva e por ter colaborado para a execução deste projeto com seus comentários críticos, pertinentes e construtivos nas duas qualificações às quais ele foi submetido.

À professora Dr^a Miriã Alcântara, por sua disponibilidade em participar da banca examinadora e contribuir para este trabalho.

A todos os professores e aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia Henrique, Ivana e Viviane, por tornarem nossa vida acadêmica mais fácil, com sua atenção, disponibilidade e presteza.

RESUMO

Palma, E.M.S. (2012). *A interação mãe-criança em díades com mães deprimidas e díades com mães sem depressão*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

O presente estudo investigou a interação mãe-criança no contexto da depressão materna. Participaram do estudo 16 díades mães-criança com crianças do sexo masculino aos dezoito meses de vida. As díades foram divididas em dois grupos. O grupo clínico foi formado por oito díades com mães que apresentavam sintomas de depressão de acordo com o escore total no Inventário Beck de Depressão ($BDI \geq 12$). O grupo não clínico foi composto por oito díades com mães sem depressão ($BDI \leq 11$). Todas as participantes fazem parte do estudo longitudinal *Determinantes sociodemográficos, familiares e individuais do comportamento antissocial na infância* (Alvarenga, Dazzani, Lordelo, Alfaya, & Piccinini, 2007) e foram selecionadas por conveniência em quatro maternidades públicas de Salvador no terceiro trimestre da gestação. No primeiro mês de vida do bebê, as mães responderam à Ficha de Saúde do Recém-nascido e ao BDI. No décimo oitavo mês de vida da criança, foi realizada uma visita domiciliar durante a qual as mães preencheram novamente o BDI. Nessa ocasião, foi realizada também uma sessão de observação da interação mãe-criança para avaliar os comportamentos maternos e infantis. A sessão foi estruturada e teve duração de 12 minutos. Os comportamentos maternos foram classificados em cinco categorias: *envolvimento positivo, apatia, intrusividade, crítica e comando*. Os comportamentos infantis foram classificados em sete categorias: *exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade da mãe, obediência, negativismo, resistência ao contato com a mãe e desobediência*. Os resultados revelaram apenas uma diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico em relação à categoria *intrusividade*. As mães do grupo clínico foram mais intrusivas do que as mães do grupo não clínico. Os resultados corroboraram estudos anteriores que classificaram o estilo de interação das mães deprimidas como mais intrusivo, se comparado ao estilo de mães não deprimidas. Em relação aos comportamentos infantis, não houve diferença significativa entre os grupos em nenhuma categoria. Apenas observou-se uma diferença marginalmente significativa entre os grupos em relação à categoria *resistência ao contato com a mãe*. Os filhos de mães deprimidas tenderam a resistir mais ao contato com a mãe do que os filhos de mães não deprimidas. Discutem-se as implicações da depressão materna para a

interação mãe-criança, dos comportamentos intrusivos das mães deprimidas, bem como propostas de intervenção e aspectos metodológicos relevantes.

Palavras chave: depressão materna; interação mãe-criança; saúde mental infantil.

ABSTRACT

Palma, E.M.S. (2012). Mother-child interaction in dyads with depressed and nondepressed mothers. Master's Dissertation, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, BA.

This study investigated mother-child interaction in the context of maternal depression. Participants in the study were 16 mother-child dyads in which all children were eighteen-month-old males. The dyads were divided into two groups. The clinical group consisted of eight dyads in which all mothers presented depressive symptoms according to the Beck Depression Inventory ($BDI \geq 12$). The nonclinical group consisted of eight dyads in which all mothers did not present depressive symptoms according to the BDI ($BDI \leq 11$). All participants take part in the longitudinal study (Alvarenga, Dazzani, Lordelo, Alfaya, & Piccinini, 2007) and were recruited by convenience in four public maternity hospitals in Salvador in their third trimester of pregnancy. When the infant was one month old, the mothers completed the Newborn Health Questionnaire and the BDI. When the child was eighteen months old, a home visit was made in which the mothers were once again administered the BDI. On that occasion, a mother-child interaction observation session was also carried out in order to assess mother and child behaviors. It was a structured session that lasted 12 minutes. Mother behaviors were classified into five categories: *positive involvement*, *apathy*, *intrusiveness*, *critical comments*, and *command*. Child behaviors were classified into seven categories: *toy exploration*, *positive involvement*, *search of mother's proximity*, *compliance*, *negativism*, *resistance to mother contact*, and *noncompliance*. The results revealed only one significant difference between the clinical and nonclinical groups regarding the intrusiveness category. Mothers in the clinical group were more intrusive than mothers in the nonclinical group. This result corroborates previous studies that classified depressed mothers' behaviors as more intrusive when compared to the behaviors of nondepressed mothers. Regarding child behaviors, there was no significant difference between the two groups in any category. There was only a marginally significant difference between the two groups in relation to the resistance to mother's contact category. Depressed mothers' children tended to resist to their mothers' contact more than nondepressed mothers' children. The implications of maternal depression to mother-child interaction, the intrusive behaviors of depressed mothers as well as intervention proposals and relevant methodological issues are discussed.

Keywords: maternal depression; mother-child interaction; child mental health.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Frequência Média das Categorias de Comportamento Materno para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação..... | 50 |
| Figura 2. Frequência Média das Categorias de Comportamento Materno para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação..... | 51 |
| Figura 3. Frequência Média das Categorias de Comportamento Infantil para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação..... | 53 |
| Figura 4. Frequência Média das Categorias de Comportamento Infantil para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação..... | 54 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características Demográficas das Participantes..... | 41 |
| Tabela 2. Condições da Gestação nos Grupos Clínico e Não Clínico..... | 42 |
| Tabela 3. Escores do BDI de Cada Participante e sua Classificação Quanto ao Nível de Sintomatologia Depressiva nos Dois Momentos de Avaliação..... | 43 |
| Tabela 4. Frequência Média, Desvio-padrão, Valor de U e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Materno nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação..... | 50 |
| Tabela 5. Frequência Média, Desvio-padrão, Valor de U e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Materno nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação..... | 51 |
| Tabela 6. Frequência Média, Desvio-padrão e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Infantil nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação..... | 52 |
| Tabela 7. Frequência Média, Desvio-padrão e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Infantil nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação..... | 54 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 Depressão materna: caracterização, prevalência e fatores associados..... | 15 |
| 1.2 A depressão materna e a interação mãe-criança..... | 26 |
| 1.3 Justificativa, objetivo do estudo e hipóteses..... | 35 |
| 2 CAPÍTULO II – MÉTODO..... | 39 |
| 2.1 Participantes..... | 39 |
| 2.2 Considerações éticas..... | 45 |
| 2.3 Delineamento e procedimento..... | 45 |
| 2.4 Instrumentos..... | 45 |
| 3 CAPÍTULO III – RESULTADOS..... | 49 |
| 4 CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO..... | 55 |
| 4.1 Considerações finais..... | 69 |
| REFERÊNCIAS..... | 78 |
| ANEXOS | |
| Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 87 |
| Anexo B – Ficha de dados sociodemográficos e saúde da gestante..... | 88 |
| Anexo C – Ficha de saúde do recém-nascido..... | 89 |
| Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: 18º mês de vida da criança..... | 91 |
| Anexo E – Inventário Beck de Depressão..... | 92 |
| Anexo F – Observação da interação mãe-criança: Rapport para a filmagem..... | 95 |
| Anexo G – Estrutura de categorias para a análise da observação da interação mãe-criança no 18º mês..... | 96 |
| Anexo H – Protocolo de observação da interação mãe-criança no 18º mês..... | 104 |

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A depressão materna é considerada um transtorno complexo, multideterminado e de alta prevalência (O'hara & Swain, 1996; Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart, & Curtis, 2004). Tem sido também tratada como uma condição pouco favorecedora ao desenvolvimento infantil saudável (Goodman & Gotlib, 1999; Goodman, 2007), sendo associada a prejuízos nos domínios cognitivo, emocional, comportamental e social (Field, 1995; 2010; Gelfand & Teti, 1990). Alguns estudos têm proposto uma série de mecanismos, diretos e indiretos, responsáveis pela transmissão dos efeitos da depressão materna para a criança (Elgar, Mcgrath, Waschbuch, Stewart, & Curtis, 2004; Goodman & Gotlib, 1999;). Nesse contexto, a interação mãe-criança pode constituir um importante elemento através do qual esses mecanismos poderiam ser identificados em diferentes períodos do desenvolvimento infantil (Cummings & Davies, 1994; Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997; Tronick & Reck, 2009).

A maioria dos estudos que visam investigar a qualidade da interação mãe-criança no contexto da depressão materna tende a focar as relações que se estabelecem nos primeiros meses após o nascimento do bebê (Field, 2010; Tronick & Reck, 2009). Entretanto, outros estudos revelam que a depressão tende a ser um transtorno de natureza crônica e que seus efeitos adversos para a interação mãe-criança podem ser avaliados em diferentes períodos do desenvolvimento infantil (Albright & Tamis-LeMonda, 2002; Hammen & Brennan, 2003; Schwengber & Piccinini, 2004). Entre os 18 e 30 meses, por exemplo, ocorrem importantes transformações na forma como as crianças brincam, usam a linguagem, comunicam-se e exploram o mundo que as cerca.

São características desse período não só o desenvolvimento da empatia, autonomia, altruísmo, autoconsciência e estratégias de controle emocional, como também a aquisição de habilidades para participar de relações interpessoais complexas (Albright & Tamis-LeMonda, 2002; Brownwell & Kopp, 2007). Nessa perspectiva, este estudo investigará a interação mãe-criança no décimo oitavo mês de vida da criança, comparando um grupo clínico, composto por mães com indicadores de depressão, e um grupo não clínico, composto por mães sem indicadores de depressão, sendo que esses indicadores foram avaliados no primeiro e também no décimo oitavo mês de vida da criança.

Inicialmente, serão abordados aspectos referentes à depressão materna, como suas características e fatores associados. Então, serão revisadas suas possíveis repercussões negativas no desenvolvimento infantil. Em seguida, serão considerados os possíveis mecanismos de transmissão através da interação mãe-criança, bem como alguns modelos teóricos e conceituais que tentam explicar seus efeitos adversos no desenvolvimento infantil. Serão também apresentados os resultados de estudos empíricos que apontam para algumas diferenças na interação de mães deprimidas e não deprimidas com seus filhos.

1.1 Depressão materna: caracterização, prevalência e fatores associados

A depressão é considerada um dos transtornos mentais mais comuns entre a população e representa uma das queixas psiquiátricas mais identificadas em instituições de saúde mental (Kessler, 2003; Murray & Lopez, 1996; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de

Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 4th ed - APA, 2000), o transtorno depressivo maior caracteriza-se pela apresentação de pelo menos cinco sintomas durante duas semanas consecutivas. Um desses sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em todas ou na maioria das atividades. Também devem estar presentes sintomas como perda ou ganho significativo de peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de baixa autoestima ou culpa, dificuldade de tomar decisão ou se concentrar e pensamentos suicidas. Além disso, deve haver o comprometimento do funcionamento global prévio do indivíduo.

Estudos da década de 1990 já indicavam que a depressão seria a segunda principal causa de incapacidade no mundo em 2010 (Keller & Bolland, 1998; Murray & Lopez, 1996). A incidência desse transtorno é quase duas vezes maior em mulheres do que em homens, considerando-se a idade média de início do transtorno entre os 20 e 40 anos (Blazer, 2000). Segundo Weissman e Olfson (1995), os estudos epidemiológicos conduzidos em outros países têm apontado para uma predominância da depressão na população feminina, mesmo com as taxas variando de uma cultura para outra. Dados epidemiológicos recentes destacam que aproximadamente 15% das mulheres podem sofrer de depressão em qualquer momento de suas vidas, sendo que mães de bebês tendem a ser mais afetadas do que a população geral de mulheres (Elgar, McGrath, Waschbuch, Stewart, & Curtis, 2004).

Alguns estudos vêm tentando oferecer explicações para a discrepância na prevalência da depressão entre homens e mulheres. Embora exista alguma evidência que aponte para o papel de fatores biológicos e hormonais que tornariam as mulheres mais vulneráveis à depressão, mecanismos biológicos específicos relacionados ao gênero ainda não foram identificados (Nolen-Hoeksema & Keita, 2003). Entretanto, foram identificadas em mulheres frequências mais altas de uso de estratégias cognitivas e

interpessoais que são geralmente associadas à depressão (por exemplo, ruminação, estilo de atribuição negativo e altos níveis de preocupações autoavaliativas) (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000; Nolen-Hoeksema & Keita, 2003). Essa disparidade na taxa de prevalência de depressão entre os gêneros também tem sido atribuída às condições sociais. Estudos têm demonstrado que mulheres, especialmente mães, apresentam taxas mais elevadas de sintomas depressivos devido aos eventos estressores relacionados à criação de filhos, à falta de uma rede de apoio social e a baixo status socioeconômico (Alvarenga, Palma, Silva, & Dazzani, 2011; Rojas et al., 2010; Ruschi et al., 2007).

O período pós-parto tem sido considerado um momento de elevada vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em mulheres (O'hara e Swain, 1996). Um estudo conduzido por Kendell, Chalmers e Platz (1987) descobriu que, para as mulheres, o risco de desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico grave aumenta de forma considerável nos primeiros três meses após o nascimento do bebê. Em outro estudo, Hernshaw (2003) demonstrou que até 85% das mulheres experimentam algum tipo de perturbação de humor nesse mesmo período. Essa experiência caracteriza-se normalmente pela presença de sintomas de humor relativamente moderados e transitórios, como aqueles presentes na “*baby blues*”, ou síndrome de tristeza pós-parto.

Segundo England e Sim (2009), é importante destacar que os termos “depressão materna” e “depressão pós-parto” não constituem categorias diagnósticas distintas da depressão que pode afetar qualquer adulto. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 4th ed - APA, 2000) não trata a depressão perinatal como uma categoria diagnóstica separada, e sim como um quadro de depressão maior. Esse diagnóstico, portanto, depende do preenchimento de uma série de critérios relacionados aos sintomas, duração e incapacidade definidos pelo DSM-IV. Entretanto,

cabe ressaltar que o termo “pós-parto” aparece na categoria de transtornos de humor do DSM-IV-TR, como um especificador, ou qualificador adicional, para se referir ao período de um episódio depressivo maior que se inicia dentro das quatro primeiras semanas após o nascimento do bebê. Todavia, para algumas mães, a depressão pode começar depois desse período ou representar a continuação dos sintomas depressivos do período pós-parto. Alguns autores sugerem que existem mães que continuam a apresentar episódios depressivos mais prolongados e graves durante os primeiros anos da infância de seus filhos (Cox, Murray, & Chapman, 1993; Goodman, 2007; Hammen & Brennan, 2003; O’hara & Swain, 1996). Cabe ressaltar aqui que, neste estudo, será utilizada com mais frequência a expressão genérica depressão materna para se referir tanto à depressão pós-parto quanto à depressão que acomete as mães em qualquer momento de sua vida. Estudos demonstram que ambas as condições podem repercutir de forma negativa na qualidade da interação das mães com seus familiares, especialmente com seus filhos (Goodman & Gotlib, 1999; Gross, Shaw & Moilanen, 2008; Hammen & Brennan, 2003). Quando necessário, será feita a distinção, especialmente na revisão da literatura.

Nesse contexto, a depressão tem constituído o foco de interesse de pesquisadores nos últimos anos devido à sua elevada prevalência em mulheres em idade fértil, aos possíveis comprometimentos à saúde da mãe e aos prejuízos à relação da mãe com a criança (Kim-Cohen, Moffit, Taylor, Pawlby, & Caspi, 2005; Murray, Cooper, & Hipwell, 2003). Os estudos têm relatado uma taxa de prevalência da depressão pós-parto que varia de 10 a 20%, podendo, em alguns casos, chegar a 40% (Coates, Schaefer, & Alexander, 2004; Najman, Andersen, Bor, O’Callaghan, & Williams, 2000; O’hara & Swain, 1996). Em um estudo comparativo entre uma amostra brasileira e uma amostra britânica conduzido por Matijasevich et al. (2009), foi encontrada uma

prevalência de depressão pós-parto de 16% , 24 meses após o nascimento do bebê entre as mães brasileiras, e de 9.9% para a amostra britânica. Ao avaliar a depressão pós-parto em três períodos após o nascimento do bebê (3, 12 e 24 meses após o parto), esses autores identificaram uma tendência crescente em relação à prevalência da depressão pós-parto em mulheres brasileiras, com taxas de 11.4% no terceiro mês de vida do bebê, 15.1% no décimo segundo mês e 16% no vigésimo quarto mês, diferentemente do que foi encontrado para a amostra britânica, que demonstrou uma tendência estável nos três momentos de avaliação, com respectivas taxas de prevalência de 10.1%, 8.8% e 9.9%. Os autores afirmam que esses achados demonstram que os índices de prevalência da depressão pós-parto variam dentro do país e entre os países, com percentuais que vão de 4 a 74% .

Em dois outros estudos conduzidos com amostras brasileiras sobre a prevalência da depressão pós-parto, Moraes et al. (2006) observaram uma prevalência de 19.1% até 45 dias após o nascimento do bebê, e Da-Silva, Moraes, Carvalho, Martins e Teixeira (1998) identificaram uma prevalência de 12% no terceiro mês pós-parto. Ao analisar alguns aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em uma amostra brasileira, Ruschi et al. (2007) observaram uma prevalência de 39.4%, taxa considerada superior ao que revelam outros estudos na área. Segundo esses autores, a taxa elevada pode ter sido influenciada por algumas características dessa amostra como o maior número de gestações, partos e filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o parceiro e a menor escolaridade dessas mães, se comparadas às mães de outros estudos. A relativa disparidade nos índices prevalência da depressão materna encontrada nesses estudos tem sido atribuída também ao uso de diferentes instrumentos para avaliar a depressão materna, à adoção de pontos de corte arbitrários nesses instrumentos de avaliação, à

utilização de diferentes critérios diagnósticos pelos pesquisadores e aos momentos distintos em que foram realizadas as avaliações (Marcus, 2009; Najman et al., 2000).

Ao discutir os transtornos afetivos a que estão sujeitas as mulheres puérperas, Nonacs (2007) relata que normalmente três categorias de transtornos psiquiátricos podem acometer as mulheres no período após o parto: a síndrome de tristeza pós-parto, ou “baby blues”; a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Por se tratarem de subtipos diagnósticos que compartilham muitas características, não é possível dizer se de fato constituem três transtornos distintos, sendo recomendável considerá-los como parte de um continuum em que a tristeza pós-parto é a forma mais moderada e a psicose puerperal a forma mais grave dos transtornos psiquiátricos do puerpério (Nonacs, 2007).

A síndrome de tristeza pós-parto, ou “baby blues”, encontra-se associada às mudanças hormonais e biológicas que normalmente afetam as mulheres após o nascimento do filho. Caracteriza-se pela apresentação de sintomas como humor deprimido ou triste, ansiedade e choro frequente e por sua curta duração, podendo afetar de 50 a 85% das mulheres nas duas semanas após o parto. Geralmente apresenta remissão espontânea no período de duas semanas (Nonacs, 2007). Entretanto, algumas mulheres com sintomas mais graves podem desenvolver a depressão pós-parto (Hernshaw, 2003).

A depressão pós-parto (DPP) tem início alguns dias ou semanas após o parto e caracteriza-se por sua duração relativamente mais longa, podendo se prolongar por alguns meses ou anos, e refere-se também a condições comumente rotuladas como depressão maior ou menor. Seus sintomas podem incluir falta de apetite e de sono, dificuldade para dormir após amamentar o bebê, choro frequente, desatenção e falta de interesse por atividades antes consideradas agradáveis, e ansiedade excessiva (Dunnewold, 1997). Além disso, as mães podem expressar sentimentos negativos ou

ambivalentes em relação a seus bebês e ter dúvidas e preocupações quanto à sua habilidade de cuidar dos filhos, sendo também possível identificar ideação suicida em alguns casos. Essas mães também podem apresentar obsessões violentas envolvendo seus filhos (ex.: pensamentos de jogar o filho pela escada ou pela janela). Em geral, sua incidência pode variar de 10 a 15%, podendo atingir níveis mais elevados a depender do período considerado, do instrumento utilizado e do ponto de corte adotado (Nonacs, 2007; Wisner, Peindl, Gigliotti, & Hanusa, 1999). Se não for tratada, pode afetar todos os membros da família. Paulson, Dauber e Leiferman (2006) conduziram um estudo recente em que puderam observar que 10% dos pais também apresentaram sintomas depressivos no período pós-parto.

A psicose puerperal é uma condição rara, pouco investigada no contexto da depressão materna, e ainda não é possível distinguir se ela constitui a exacerbação de uma condição depressiva pré-existente ao parto ou se trata de uma decorrência das circunstâncias do próprio parto (Nonacs, 2007). Seus sintomas característicos incluem agitação e irritabilidade, humor deprimido, delírios e comportamento desorganizado. Ocorre geralmente em 0.1 a 0.2% das mulheres puérperas nas três primeiras semanas após o parto, podendo levar a um quadro depressivo mais grave, caso não seja identificada e tratada precocemente (Nonacs, 2007).

Por se tratar de uma condição de etiologia complexa, carente de explicações mais consistentes, a depressão materna e sua elevada prevalência têm sido associadas a uma série de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Dentre esses fatores estão as mudanças hormonais ocasionadas pela gestação (Marcus, 2009), um histórico prévio familiar ou individual de transtorno depressivo, o estado civil de solteira, a gravidez inesperada (Marcus, 2009; Matijasevich et al., 2004), alguns eventos estressores do ambiente doméstico ocasionados por baixo nível socioeconômico, conflitos conjugais,

falta de uma rede de apoio social e novas demandas emocionais resultantes dos cuidados com o recém-nascido (Najman et al., 2000; Weissman & Olfson, 1995). Essa variedade de níveis de análise demonstra o caráter multideterminado da depressão materna, cuja instalação, manutenção e gravidade resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

As perspectivas biológicas têm enfatizado particularmente o papel das alterações hormonais no surgimento da depressão materna, sugerindo que algumas mulheres podem ser mais sensíveis a mudanças hormonais no período pós-parto. Por exemplo, Rocha (1999) destacou que 4% das puérperas apresentavam uma leve alteração de humor relacionada a disfunções da tireóide, e 1% dessas mulheres desenvolvia um transtorno depressivo maior. Os achados do estudo conduzido por Bloch et al. (2000) também sugerem que algumas mulheres podem desenvolver sintomas depressivos devido à sua sensibilidade a flutuações hormonais depois do parto. Nesse estudo, dois grupos de mulheres, um com e outro sem história de depressão pós-parto, foram formados, e a ambos foi administrada uma dose de hormônios que imitavam aqueles liberados durante a gravidez. Quando essa dose foi retirada, com o objetivo de simular o período pós-parto, algumas mulheres do grupo com história de depressão pós-parto, e nenhuma do grupo sem história de depressão pós-parto, passaram a apresentar sintomatologia depressiva. Nessa mesma perspectiva, Rojas et al. (2010) ressaltam que, em termos de vulnerabilidade biológica ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, é preciso considerar os antecedentes de episódios depressivos familiares e da própria mãe.

As variáveis psicossociais também parecem desempenhar um papel importante na explicação da etiologia da depressão materna. Para Robertson, Grace, Wallington e Stewart (2004) e Beck (2001), a literatura tem sido consistente ao apontar relatos de

insatisfação no casamento e a falta apoio social como fatores de risco para a depressão materna. Em seu estudo sobre as características de mães deprimidas chilenas, Rojas et al. (2010) descobriram que a falta de apoio social e de uma relação estável associou-se de forma significativa com o aumento dos sintomas depressivos maternos. Nessa mesma perspectiva, eventos estressores como a falta de trabalho remunerado e gravidez inesperada parecem aumentar a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos no período pós-parto (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Rojas et al., 2010).

Alguns pesquisadores também têm se dedicado ao estudo de variáveis sociodemográficas, como nível de instrução da mãe, número de filhos, estado civil e status socioeconômico, associadas ao desenvolvimento, manutenção e gravidade da depressão materna (O'Hara & Swain, 1996; Rojas et al., 2010; Ruschi et al., 2007). Rojas et al. (2010) descobriram uma relação significativa entre o nível educacional e o número de filhos, com a gravidade dos sintomas depressivos maternos. Quanto mais baixo o nível de instrução e maior o número de filhos, maior a gravidade dos sintomas depressivos maternos. Achados semelhantes foram relatados para uma amostra brasileira (Ruschi et al., 2007), em que o grau de instrução da mãe correlacionou-se de forma negativa e o número de filhos correlacionou-se de forma positiva com os relatos de gravidade dos sintomas depressivos. No entanto, Beck (2001), em sua meta-análise de 84 estudos, sugere que variáveis sociodemográficas, como estado civil de solteira e o nível socioeconômico baixo parecem ser preditores fracos da depressão materna.

Em suma, a depressão materna constitui um fenômeno em cuja etiologia, diagnóstico e curso estão implicadas variáveis de diferentes níveis como o biológico, o social e o psicológico. Por sua natureza multideterminada e os possíveis prejuízos que pode ocasionar, a depressão materna tem sido considerada uma condição pouco facilitadora

do desenvolvimento infantil, e os seus impactos para a saúde tanto da mãe como da criança têm sido bastante discutidos pela literatura. Correlações positivas entre depressão materna e dificuldades apresentadas pelas crianças, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade, problemas comportamentais e prejuízos cognitivos e sociais, têm sido consistentemente identificadas, independentemente do delineamento adotado e da época em que a criança foi exposta à depressão materna (Goodman & Gotlib, 1999; Kim-Cohen et al., 2005; Mendes, Loureiro & Crippa, 2008). Para Goodman (2007), esses estudos demonstram que, independentemente da perspectiva adotada (biológica, psicológica ou psicossocial), a depressão materna suscita questões relacionadas ao risco de desenvolvimento de psicopatologia nos filhos.

Diante da complexidade dos fatores envolvidos no estudo dos efeitos adversos da depressão materna para os filhos, Goodman e Gotlib (1999) propuseram um modelo integrativo para a transmissão do risco de psicopatologia para filhos de mães deprimidas. Ao elaborar esse modelo, os autores se concentraram nos mecanismos individuais e sua interrelação com outros fatores contextuais para explicar de quais formas os sintomas depressivos das mães podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nos filhos. Para tanto, enfatizaram quatro mecanismos ou mediadores interrelacionados: a herança genética; os mecanismos neuroregulatórios disfuncionais inatos; a exposição a ambientes estressantes e a exposição aos afetos, comportamentos e crenças negativos ou mal adaptativos das mães deprimidas.

Quanto à herança genética, embora as evidências sejam ainda escassas, Goodman (2007) afirma que os filhos de mães deprimidas apresentam maior probabilidade de herdar genes associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Por exemplo, em um estudo, Levinson, Zubenko, Crowe, DePaulo e Schefner (2003) revelaram haver uma associação entre a presença do gene CREB1, envolvido no mecanismo de

transmissão da serotonina, e o desenvolvimento de transtorno depressivo maior em filhos de mães deprimidas, ou seja, provavelmente, ao herdar esse gene, os filhos de mães com depressão tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento desse transtorno.

No que se refere aos mecanismos neuroregulatórios, Goodman e Gotlib (1999) propõem que, ao nascer, filhos de mães deprimidas apresentam deficiências no seu sistema de regulação emocional e tornam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento da depressão e outras psicopatologias. Contribuindo para essa perspectiva, Field (2010) relata que gestantes deprimidas tendem a apresentar mais cortisol, hormônio associado ao estresse, durante a gravidez, e que esse hormônio pode atravessar a placenta, influenciando o desenvolvimento fetal. Corroborando essa hipótese, Wadhwa, Glynn, Hobel, Garite e Porto (2002) apontam para uma associação entre o aumento da quantidade de cortisol durante a gravidez com o mau desenvolvimento neurológico fetal e com a posterior dificuldade de regulação emocional provocada por essa condição nos filhos de mães deprimidas.

Ao lidar diretamente com a exposição a ambientes ou eventos estressores, Goodman e Gotlib (1999) afirmam que alguns fatores contextuais de risco como baixo status socioeconômico e conflito marital podem não só influenciar o desenvolvimento da depressão materna, como também contribuir para a transmissão dos efeitos deletérios desse e de outros transtornos psiquiátricos para os filhos de mães deprimidas. Esses eventos estressores podem ser de natureza crônica ou episódica, e seus efeitos têm sido investigados nos últimos anos. Por exemplo, o estudo conduzido por Hammen, Shi, Altman e Brennan (2003) avaliou o estado depressivo de 813 filhos de mães deprimidas e de mães sem depressão. Os autores esperavam que estressores sociais crônicos fossem preditores fortes de sintomas depressivos em filhos de mães deprimidas e que eventos estressores recentes fossem preditores da depressão nos filhos de mães sem histórico de

depressão. A hipótese foi corroborada, e o estudo ainda revelou uma maior reatividade emocional a estressores crônicos no grupo de filhos de mães deprimidas do que no grupo de filhos de mães não deprimidas.

Por fim, o mecanismo que se refere à exposição aos afetos, comportamentos e cognições negativos ou mal adaptativos das mães deprimidas tem recebido crescente suporte da literatura empírica, sobretudo através de estudos observacionais da interação mãe-criança (Goodman, 2007). Nessas observações, tem sido possível identificar como alguns sintomas depressivos das mães podem interferir nas habilidades de responder, de forma adequada, às demandas socioemocionais de seus filhos (MacCarty & MacMahon, 2003). A próxima seção abordará com mais detalhes as implicações da depressão materna no contexto de interação mãe-criança.

1.2 A depressão materna e a interação mãe-criança

A interação entre cuidadores e crianças tem sido tradicionalmente considerada um objeto de estudo de muito interesse na psicologia do desenvolvimento. As primeiras necessidades básicas dos filhos como alimentação, proteção, conforto, interação social e estimulação, bem como seu desenvolvimento inicial nos domínios cognitivo, social, emocional e linguístico, dependem, em grande medida, da participação dos pais (Weinberg & Tronick, 1997). Nessa perspectiva, a interação entre mães e filhos, geralmente o primeiro contexto de socialização da maioria das crianças, tem sido vista como um importante fator na construção das percepções de mundo e na formação dos vínculos afetivos e dos padrões comportamentais futuros da criança (Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti 1997; Murray & Cooper, 1997).

Muitos estudos têm sido conduzidos para avaliar o impacto da qualidade dessa relação sobre o desenvolvimento cognitivo, afetivo, socioemocional, acadêmico e comportamental das crianças, e alguns efeitos negativos nesses domínios têm sido atribuídos, em grande parte, às perturbações nas interações iniciais entre mães e filhos (Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998; Gregory & Rimm-Kaufman, 2008). Algumas dessas perturbações têm sido consistentemente atribuídas a fatores de risco como a falta de rede de apoio social, o status socioeconômico baixo, as características da própria criança e a psicopatologia parental, em especial a depressão materna.

Em se tratando de depressão materna, Beardslee, Versage e Gladstone (1998) sugerem que os filhos de mães deprimidas podem ser até três vezes mais propensos ao desenvolvimento de problemas de comportamento e transtornos de humor do que filhos de mães sem esse transtorno. De acordo com Field (2010), perturbações nos padrões interativos podem ser observadas logo nas interações iniciais entre mãe e bebê e tendem a ser identificadas em diferentes culturas, como a sueca, a árabe e a turca, entre grupos de diferentes status socioeconômicos e ao longo de todo o desenvolvimento infantil. Alguns modelos teóricos têm tentado avançar nesse sentido, identificando padrões comportamentais de mães deprimidas ou processos que contribuem para o desenvolvimento de problemas comportamentais infantis no contexto da depressão materna, como veremos a seguir.

Diferentes modelos teóricos e conceituais têm sido propostos para explicar os processos e mecanismos envolvidos na qualidade de interação mãe-criança no contexto da depressão materna. Esses modelos se sustentam em evidências empíricas de estudos conduzidos com crianças de diferentes faixas etárias e mães com diferentes níveis de depressão. As investigações geralmente se baseiam em observações de interações entre

mães e filhos em situações de brincadeira, conflito e separação e tentam identificar, bem como categorizar diferentes aspectos dessas interações.

O modelo de estilos, ou padrões, interativos maternos tem sido adotado pela literatura para a discussão sobre a interação entre mãe-criança no contexto da depressão materna (De Felipe, 2009; Field, 1995; Hart, Jones, Field, & Lundy, 1999; Weinberg & Tronick, 1997), sendo mais frequentemente utilizado na identificação de padrões interativos de mães e bebês de dois a doze meses de idade. Ao discutir os estilos interativos de mães deprimidas e seus filhos, Tronick e Reck (2009) afirmam que os comportamentos das mães com sintomas depressivos não constituem um padrão homogêneo. Analisando os estudos sobre interação de mães deprimidas com seus filhos, esses autores identificaram na literatura três estilos interativos maternos característicos dessas mães: estilo retraído, estilo intrusivo e estilo de boa interação. Os dois primeiros são os mais utilizados por alguns autores, embora Jones et al. (1997), Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, e Kuhn (2003) e De Felipe (2009) tenham identificado e discutido o terceiro em seus estudos.

Algumas mães deprimidas não se engajam e se mantêm retraídas ao interagir com seus filhos. Por exemplo, em comparação com mães não deprimidas, as mães deprimidas com estilo retraído tendem a usar menos a fala afetiva ou maternalês (tradução do inglês de “motherese”), a expressar mais afeto triste e apatia e a vocalizar menos para seus filhos (Field, 2010; Jones et al., 1997). Outras mães deprimidas caracterizam-se por serem mais intrusivas ao interagir com seus filhos. Por exemplo, elas tendem a expressar mais sua raiva e críticas em relação a eles, bem como interferir com mais frequência em suas atividades (Jones et al., 1997).

Embora não tenham sido usados como categorias específicas em outros estudos, características dos estilos retraído e intrusivo também foram identificadas em um estudo

com crianças mais velhas conduzido por Pelaez, Field, Pickens e Hart (2008), envolvendo uma situação de brincadeira e obediência com díades mãe-criança cujas mães apresentavam sintomas depressivos ou não. Esses autores constataram que as interações entre mães deprimidas e seus filhos, com idade média de 12,5 meses, caracterizavam-se de forma significativa por comportamentos maternos autoritários (ex.: rejeição física e verbal, falta de encorajamento) e pouco engajamento (ex.: pouca responsividade aos comportamentos infantis, poucas vocalizações e comportamentos evitativos). Por sua vez, os filhos de mães deprimidas seguiam as instruções maternas com menos frequência e exibiam comportamentos agressivos durante a brincadeira na maior parte do tempo se comparados aos filhos das mães sem sintomas depressivos. Esse achado é coerente com relatos da literatura que descrevem os comportamentos interativos de mães deprimidas como mais restritivos, menos afetuosos, mais negativos, desorganizados e inconsistentes (Gelfand & Teti, 1990). Resultados semelhantes também foram relatados no estudo de Schwengber e Piccinini (2004). Nesse estudo, mães com e sem sintomas depressivos e seus bebês no final do primeiro ano de vida interagiam numa situação de brincadeira livre. Comparadas às mães sem indicadores de depressão, as mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da exploração de brinquedos pelos bebês, foram mais apáticas e retraídas e tiveram mais dificuldade de manter a atenção de seus bebês em um brinquedo. Por sua vez, os filhos dessas mães expressaram mais afeto e vocalizações negativos. Nessa mesma perspectiva, os resultados do estudo de Jameson, Gelfand, Kulcsar e Teti (1997) também revelaram que mães deprimidas e suas crianças entre 13 e 29 meses (M=18.9 meses) interagiram de forma menos integrada, sincrônica e prolongada, se comparadas às díades com mães não deprimidas. Da mesma forma, a probabilidade de as mães deprimidas retomarem as interações e a probabilidade de seus filhos manterem a

interação foi menor quando comparadas às interações das díades com mães não deprimidas.

Por fim, Field, Diego, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn (2003) e De Felipe (2009) também identificaram um grupo de mães deprimidas que, apesar dos sintomas depressivos, conseguem manter uma interação positiva com seus filhos, de forma semelhante ao que ocorre com mães não deprimidas, e classificaram esse estilo como sendo de boa interação. Além do mais, eles observaram que os próprios estados afetivos das crianças se relacionavam especificamente com os estilos interativos de suas mães, o que foi corroborado por outro estudo (Tronick & Reck, 2009). Os filhos de mães retraídas tendiam a passar mais tempo chorando enquanto os filhos de mães intrusivas evitam olhar e interagir com suas mães. Por sua vez, os filhos de mães deprimidas que mantinham uma interação positiva tendiam a se comportar de forma semelhante às crianças do grupo de mães não deprimidas (Field et al., 2003). Para Weinberg e Tronick (1997), esses achados sugerem que a exposição dos filhos aos estilos interativos maternos pode ser um fator mais crítico do que o diagnóstico de depressão materna por si só, uma vez que esses padrões estariam mais associados à determinação do tipo de comportamento exibido pelas crianças. Também demonstram que a relação entre depressão materna e interação mãe-criança é um fenômeno complexo para o qual devem ser consideradas outras variáveis contextuais como as características dos pais, os eventos de vida estressores e a rede de apoio social (De Felipe, 2009; Leckman-Westin, Cohen, & Stueve, 2009).

Alguns dos comportamentos identificados e categorizados de acordo com os estilos interativos de mães deprimidas citados anteriormente também foram observados em interações diádicas por estudiosos que adotaram outras perspectivas. Por exemplo, o modelo baseado nos princípios da aprendizagem social proposto por Patterson (2002)

tende a levar em consideração a interação entre os efeitos mútuos das características tanto da mãe como da criança para explicar as transações recorrentes no contexto da relação entre mães e filhos. Tal modelo é referido na literatura como processo familiar coercitivo.

O processo familiar coercitivo postula que as trocas entre cuidadores e crianças refletem um conjunto de contribuições complexas advindas do contexto em que essas interações ocorrem. Os processos envolvidos nessas trocas envolvem tanto aspectos biológicos (ex.: genes, características temperamentais) quanto influências contextuais (ex.: divórcio, depressão, status socioeconômico). Essas variáveis exercem seu impacto sobre o desenvolvimento infantil através da mediação da natureza das trocas recíprocas que ocorrem entre cuidadores e crianças (Patterson, 2002).

Ao adotar um modelo baseado no conceito de processo familiar coercitivo (Capaldi, Chamberlain, & Patterson, 1997; Patterson, Reid, & Dishion, 1992) para investigar os processos e mecanismos explicativos dos padrões de interação entre mães deprimidas e seus filhos, Patterson (2002) afirma que análises microsociais revelaram, de forma coerente com achados de outros estudos (Field, 1995; 2003), que mães deprimidas passam menos tempo olhando para seus filhos, tocando-os ou conversando com eles, e suas expressões faciais foram consideradas mais negativas. Por sua vez, os filhos dessas mães apresentavam níveis mais baixos de atividade, vocalizavam menos e protestavam mais (Field, 1995; Patterson, 2002). Nessa perspectiva, uma interação típica entre essas díades formadas por mães deprimidas e seus filhos poderia ser ilustrada através da situação em que a mãe solicita obediência ao filho em tom irritado e de forma vaga, e sua solicitação não é atendida pela criança, que chora ou protesta de forma insistente. Tomando como base o modelo proposto por Patterson (2002), a mãe deprimida tende a desistir do seu pedido para terminar o evento aversivo (choro ou protesto da criança), e

a criança chora ou protesta a fim de também terminar o evento aversivo para ela, isto é, a solicitação da mãe. O comportamento de ambas tende então a se repetir em situações parecidas no futuro, por estarem sob contingências de reforçamento negativo, ou seja, ambas se comportam a fim de terminar a interação aversiva, no caso ilustrado, a situação em que a mãe solicita obediência e a criança a desafia (Granic & Patterson, 2006).

Em um estudo longitudinal, Gross, Shaw, Burwell e Nagin (2009) analisaram a interação entre mães deprimidas e seus filhos aos 18 meses de idade em situações de brincadeira livre e estruturada no laboratório e em casa, a fim de avaliar agressividade, não obediência e irritação da criança e sua associação com sintomas depressivos maternos (ex.: humor deprimido ou triste, irritação, perda de interesse, baixa autoestima, baixa autoeficácia dentre outros) em um período de oito anos subsequentes. Depois da avaliação aos 18 meses de vida, essas crianças foram avaliadas em outras nove ocasiões. Os resultados indicaram que a não obediência infantil nas tarefas (ex. não participar, afastar-se, mudar a tarefa, lutar ou resistir à realização das atividades) foi o preditor mais robusto de sintomas depressivos maternos crônicos e elevados, os quais, por sua vez, foram associados aos relatos de sintomas infantis externalizantes (comportamento agressivo e desafiador) feitos tanto pelos professores quanto pelos próprios filhos no início da adolescência. Para esses autores, esses resultados são consistentes com perspectivas transacionais que enfatizam a interação dinâmica entre características dos filhos e dos pais. Nesse contexto, Elgar, Mcgrath, Waschbuch, Stewart e Curtis (2004) afirmam que a depressão pode afetar a habilidade da mãe de disciplinar seus filhos de forma coerente e firme, fazendo com que as mães deprimidas muitas vezes cedam mais facilmente aos comportamentos de “birra” dos filhos a fim de terminar esse evento aversivo, aumentando a probabilidade de ocorrência desse comportamento em situações

similares no futuro. Na perspectiva do processo familiar coercitivo, a forma como os pais lidam com a agressão e a não obediência de seus filhos pode influenciar o curso de desenvolvimento desses padrões comportamentais (Granic & Patterson, 2006). À medida que os comportamentos agressivos infantis tornam-se mais freqüentes, os pais tendem a tornar-se menos aptos a lidar com eles de forma eficaz (Patterson, 2002). Essa dificuldade de disciplinar torna-se ainda maior quando fatores relacionados ao estado de humor dos pais estão envolvidos. Devido a seus problemas emocionais, os pais respondem aos comportamentos de seus filhos de forma imprevisível e inconsistente, aumentando as chances de esses comportamentos tornarem-se mais resistentes às mudanças. Nessa mesma perspectiva, Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman (2000) relatam que a literatura empírica sobre interação mãe-criança revela que as mães deprimidas tendem a se comportar de forma mais relaxada, inconsistente e pouco eficaz ao tentar disciplinar seus filhos. Esses problemas, por sua vez, podem exacerbar a sintomatologia depressiva materna, constituindo assim um ciclo coercitivo (Patterson, 2002).

Em uma situação envolvendo a interação diádica, resultados semelhantes foram encontrados por Caughy, Huang e Lima (2009) ao estudar padrões de interações conflituosas entre mães deprimidas e não deprimidas com seus filhos. Esses autores relatam que os episódios de conflito caracterizados por atos opostos envolvendo protesto verbal e objeção física por parte da criança (ex.: engatinhar para longe, chorar, balançar a cabeça) foram mais freqüentes em díades com mães deprimidas. Essas mães também fizeram mais uso de estratégias de controle pouco eficazes como críticas, ameaças e punição física com o objetivo de parar o comportamento indesejável da criança. Ao articular as contribuições do modelo de estilos de interação de mães deprimidas com o modelo de interações recíprocas, Elgar, Mcgrath, Waschbuch,

Stewart e Curtis (2004) concluem que a depressão materna pode contribuir para comportamentos maternos intrusivos ou retraídos demais, que por sua vez podem servir de contexto para problemas comportamentais infantis (ex. não obediência, birras) com os quais as mães têm dificuldades de lidar devido aos seus sintomas depressivos.

Em síntese, o cerne do modelo do processo familiar coercitivo está baseado em trocas microssociais observadas entre os pais e a criança, que revelam um poderoso mecanismo de reforçamento negativo e que levariam a criança a apresentar comportamentos progressivamente mais coercitivos, assim como os pais a utilizarem práticas gradualmente mais severas, embora ineficazes, características de um estilo autoritário ou pouco engajado. No contexto da depressão materna, esse estilo poderia ser expresso pela tendência das mães deprimidas a se comportarem tanto de forma intrusiva, hostil ou autoritária como de forma retraída e pouco participativa (Field, 2003). A natureza bidirecional dos efeitos da interação mãe-criança, nesse cenário, faz com que a díade escale em direção a comportamentos mais coercitivos de forma muito intensa e em curtos períodos de tempo, como exemplificado anteriormente (Granic & Patterson, 2006; Patterson, 2002). Esse mecanismo explicaria, em parte, as relações consistentemente reportadas na literatura entre a depressão materna e o desenvolvimento de problemas externalizantes na infância. Nesse sentido, os estudos de Radke-Yarrow (1998) também revelaram que os problemas comportamentais dos filhos de mães deprimidas tendem a começar mais cedo e a persistir na adolescência e vida adulta.

Em geral, esses estudos têm sido consistentes em identificar comportamentos maternos e infantis que, num contexto de depressão materna, contribuem para dificultar a interação diádica e repercutem de forma negativa no desenvolvimento posterior da criança. Mães deprimidas têm sido descritas como mais hostis, intrusivas, coercitivas e

retraídas na suas interações com seus filhos (Field, 2010; Patterson, 2002), enquanto seus filhos tendem a se comportar de forma mais retraída, desafiadora e negativa em termos de expressão de afeto (Field, 2010; Schwanber & Piccinini, 2005).

1.3 Justificativa, objetivo do estudo e hipóteses

A depressão materna tem sido consistentemente apontada pela literatura como uma condição que repercute de forma negativa no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança (Cummings & Davies, 1994; Goodman & Gotlib, 1999; Kim-Cohen et al., 2005). Alguns estudos apontam que a probabilidade de filhos de mães deprimidas desenvolverem problemas internalizantes ou externalizantes é duas ou três vezes maior do que os filhos de mães sem depressão (Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998). Em vista desses achados, torna-se evidente a relevância social e científica de se investigar os efeitos dos sintomas depressivos maternos no contexto da interação mãe-criança.

A revisão de literatura revelou ainda que, apesar de a depressão materna encontrar-se consistentemente associada a resultados negativos para os filhos dessas mães em diferentes períodos de seu desenvolvimento (Goodman, 2007; Goodman & Gotlib, 1999; Murray & Cooper, 1995), a maioria dos estudos sobre essas relações têm focado as interações entre mães e bebês, e pouco tem se discutido sobre os efeitos dos sintomas depressivos maternos em sua interação com crianças maiores (Albright & Tamis-LeMonda, 2002). O período compreendido entre os 18 e 30 meses é caracterizado por importantes transformações na forma como as crianças brincam, usam a linguagem, comunicam-se e exploram o mundo a sua volta. Para Albright e Tamis-LeMonda (2002), a qualidade da interação entre mãe-criança nesse período desempenha um papel importante na aquisição de uma série de comportamentos que lhes permitirão adaptar-se

de forma mais segura ao seu ambiente sociocultural. Além disso, essas mudanças no repertório infantil podem se constituir em desafios para os pais (Alvarenga, Piccinini, Frizzo, Lopes, & Tudge, 2009), especialmente se estão sofrendo com algum transtorno psiquiátrico, como a depressão (Goodman, 2007). Dessa forma, estudos que enfoquem diferentes fases do desenvolvimento podem ajudar a entender as consequências da depressão materna para o desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, os estudos longitudinais, como aquele ao qual este trabalho está vinculado, permitem investigar as consequências em curto e longo prazo da depressão materna. É importante destacar também que alguns estudos brasileiros recentes têm se preocupado em estudar a interação mãe-criança nesse contexto, mas têm, sobretudo, focado sua atenção para a interação de mães e bebês (De Felipe, 2009; Schwanger & Piccinini, 2004), não investigando períodos posteriores do desenvolvimento infantil.

Alguns autores também apontam para a escassez de estudos que examinem os processos e mecanismos que contribuem para os resultados desenvolvimentais pouco favoráveis de filhos de mães deprimidas (Goodman, 2007; Goodman & Gotlib, 1999). As investigações tradicionais têm focado particularmente nos modelos que buscam identificar se os filhos de mães deprimidas serão ou não afetados e quais domínios (cognitivo, emocional, comportamental dentre outros) serão mais comprometidos (Goodman & Gotlib, 1999). Nesse contexto, este estudo pretende contribuir ao investigar a interação mãe-criança, considerado um dos potenciais mecanismos que podem explicar as associações entre a depressão materna e resultados desenvolvimentais adversos para as crianças. Além disso, microanálises dessas interações têm permitido investigar como os comportamentos tanto da mãe quanto da criança se influenciam mutuamente, produzindo estilos interativos, ou padrões de

comportamento, mais ou menos estáveis para ambos os participantes da relação (De Felipe, 2009; Field, 2003; Gross, Shaw & Moilanen, 2008).

O objetivo geral deste estudo foi comparar a interação mãe-criança, em díades com mães que apresentavam depressão leve, moderada ou grave (grupo clínico) e díades com mães que apresentavam depressão mínima (grupo não clínico). A depressão materna foi avaliada tanto no primeiro quanto no décimo oitavo mês de vida da criança. Cabe ressaltar que a avaliação dos sintomas depressivos maternos foi feita usando o Inventário Beck de Depressão (BDI), um instrumento frequentemente utilizado em estudos que avaliam o impacto da depressão materna sobre a interação mãe-criança (Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000). No contexto da depressão materna e seus possíveis efeitos sobre os padrões de interação mãe-criança, estudos têm apontado que tanto a condição de ter sido clinicamente diagnosticada (por exemplo, por um profissional de saúde mental) como portadora de um transtorno depressivo como a condição de ser avaliada através de um instrumento de autorrelato, como o BDI, são condições associadas a efeitos deletérios sobre a interação mãe-criança (Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000; Mendes, Loureiro, & Crippa, 2008). O presente estudo adota a terminologia “deprimida” (grupo clínico) e “não deprimida” (grupo não clínico) para se referir às participantes seguindo uma tendência nos estudos na área que se referem a essas mães dessa maneira, mesmo quando avaliadas apenas com o BDI (Elgar, Mcgrath, Waschbuch, Stewart, & Curtis, 2004; Goodman, 2004; Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000). Foram testadas as seguintes hipóteses:

- 1) Comparadas às mães não deprimidas, as mães deprimidas apresentariam mais comportamentos intrusivos, criticariam a atividade ou atributo da criança e dariam mais comandos, ordens ou instruções a seus filhos durante a interação. Além disso,

demonstrariam mais apatia e menos envolvimento positivo através de comportamentos como encorajar ou motivar a criança, elogiar a criança, demonstrar afeição e expressar alegria ou prazer;

2) Comparados aos filhos das mães não deprimidas, os filhos das mães deprimidas apresentariam mais comportamentos negativistas (p.ex., chorar, irritar-se, emitir vocalizações de protesto), resistiriam mais ao contato com suas mães e desobedeceriam mais a suas ordens e demonstrariam menos exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade e obediência aos comandos maternos.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram do estudo 16 díades mãe-criança divididas em dois grupos. A composição dos grupos foi realizada com base nos escores do Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck & Steer, 1993) respondido pelas mães no primeiro e no décimo oitavo mês de vida das crianças. O grupo clínico foi composto por oito mães que apresentaram níveis de depressão leve, moderado ou grave, ou seja, que obtiveram escore igual ou superior a 12 pontos no BDI, tanto no primeiro quanto no décimo oitavo mês de vida da criança. O grupo não clínico foi formado por oito mães que apresentaram depressão mínima, ou seja, que obtiveram um escore igual ou inferior a 11 pontos no BDI tanto no primeiro quanto no décimo oitavo mês de vida da criança. Em relação aos filhos das participantes, todos eram do sexo masculino e não apresentavam enfermidades graves ou crônicas nem transtornos do desenvolvimento diagnosticados.

Todas as participantes faziam parte do estudo longitudinal *Determinantes sociodemográficos, familiares e individuais do comportamento antissocial na infância* (Alvarenga, Dazzani, Lordelo, Alfaya, & Piccinini, 2007) e foram selecionadas por conveniência em quatro maternidades públicas de Salvador. O objetivo desse estudo longitudinal é acompanhar famílias da gestação até o 11º ano de vida das crianças, investigando uma série preditores e indicadores do comportamento antissocial na infância. Nesse estudo, todas as crianças são do sexo masculino, um dos critérios de inclusão na amostra. De acordo com a literatura, as crianças do sexo masculino tendem

a desenvolver mais problemas externalizantes e comportamento antissocial do que as crianças do sexo feminino (Colder, Mott, & Berman, 2002; Keenan & Shaw, 1998).

No primeiro mês de vida do bebê, 77 mães responderam ao BDI, sendo que 39 mães faziam parte do grupo clínico ($BDI \geq 12$) e 38 mães compunham o grupo não clínico ($BDI \leq 11$). Dessas 77 mães, apenas 24 responderam ao BDI no décimo oitavo mês de vida da criança. Dessa amostra, 13 mães faziam parte do grupo clínico e 11 mães, do grupo não clínico. Comparando os escores obtidos por essas mães no BDI do primeiro e do décimo oitavo mês, constatou-se que 16 mães (oito do grupo clínico e oito do grupo não clínico) mantiveram-se dentro dos mesmos grupos de uma avaliação para outra. Optou-se então por formar dois grupos (um clínico e outro não clínico) tendo como critério de inclusão em cada grupo a manutenção do *status* clínico de uma avaliação para outra. Essa decisão considerou achados da literatura que apontam para a natureza crônica da depressão materna nos primeiros anos de vida da criança e para os efeitos deletérios de uma exposição prolongada aos comportamentos, cognições e afetos de uma mãe deprimida (Schwengber & Piccinini, 2004; Hammen & Brennan, 2003).

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos das participantes do estudo. Não houve diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das variáveis demográficas. No grupo clínico, a idade das mães variou entre 23 e 35 anos ($M = 27,88$, $DP = 4,52$). As mães do grupo não clínico tiveram idades entre 28 e 39 anos ($M=32,25$, $DP=3,85$). Em relação à escolaridade, as mães do grupo clínico tinham, em média, 10,63 anos de estudo ($DP=2,20$) e as mães do grupo não clínico, uma média de 12,13 anos de estudo ($DP=1,89$). No grupo clínico, seis mães trabalhavam fora. No grupo não clínico, cinco mães trabalhavam fora. Em ambos os grupos, sete mães residiam com o pai da criança. Quanto à escolaridade paterna, os pais do grupo clínico tinham, em média, 10,43 anos de estudo ($DP=1,51$) enquanto os pais do grupo não clínico apresentaram uma média de

11,13 anos ($DP=2,03$). Todos os oito pais do grupo clínico e seis pais do grupo não clínico trabalhavam fora. No grupo clínico, a renda média mensal foi de R\$ 760,63 ($DP=475,07$), e no grupo não clínico, a renda foi de R\$ 825,75 ($DP=401,10$). Em relação à quantidade de filhos, as mães do grupo clínico tinham, em média, 0,63 filhos ($DP=1,06$), e as do grupo não clínico, 0,88 filhos ($DP=0,64$). Em suas residências, habitavam, em média, 2,25 ($DP=1,83$) pessoas para o grupo clínico, e 2,50 ($DP=1,51$) pessoas para o grupo não clínico.

Tabela 1

Características Demográficas das Participantes

| | Grupo clínico (n=8) | Grupo não clínico (n=8) | | $p=$ |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------|-------|
| Idade da gestante | | | | |
| $M (DP)$ | 27,88 (4,52) | 32,25 (3,85) | $U=16,00$ | 0,09 |
| Escolaridade da mãe (anos) | | | | |
| $M (DP)$ | 10,63 (2,20) | 12,13 (1,89) | $U=21,50$ | 0,18 |
| Ocupação da mãe | | | | |
| <i>Não trabalha fora</i> | 2 | 5 | $X^2=2,27^*$ | 0,13 |
| <i>Trabalha fora</i> | 6 | 3 | | |
| Presença do pai | | | | |
| <i>Reside com a mãe</i> | 7 | 7 | $X^2=0,000^*$ | 1,000 |
| <i>Não reside com a mãe</i> | 1 | 1 | | |
| Escolaridade do pai (anos) | | | | |
| $M (DP)$ | 10,43 (1,51) | 11,13 (2,03) | $U=20,00$ | 0,31 |
| Ocupação do pai | | | | |
| <i>Não trabalha fora</i> | 0 | 2 | $X^2=2,39^*$ | 0,13 |
| <i>Trabalha fora</i> | 8 | 6 | | |
| Renda Familiar | | | | |
| $M (DP)$ | 760,63 (475,07) | 852,75 (401,10) | $U=26,50$ | 0,56 |
| Número de filhos | | | | |
| $M (DP)$ | 0,63 (1,06) | 0,88 (0,64) | $U=22,00$ | 0,25 |
| Número de moradores da casa | | | | |
| $M (DP)$ | 2,25 (1,83) | 2,50 (1,51) | $U=26,00$ | 0,51 |

* $gl=1$

A Tabela 2 apresenta os dados sobre as condições da gestação nos dois grupos. No grupo clínico, três mães estavam esperando o seu primeiro filho. No grupo não clínico, apenas uma mãe era primípara. Em relação ao planejamento da gravidez, tanto no grupo clínico como no grupo não clínico, três mães relataram que a gravidez era esperada. Em relação aos problemas de saúde da mulher, no grupo clínico, três mães tiveram alguma complicação durante gravidez, ou seja, apresentaram algum problema decorrente da gestação como anemia, pré-eclampsia e eclampsia. Já no grupo não clínico, nenhuma mãe apresentou complicação durante a gestação. Em relação a problemas de saúde não relacionados à gravidez como asma, doença cardíaca etc., nenhuma mãe dos dois grupos relatou ter qualquer problema dessa natureza. Também não houve diferença entre os grupos em nenhuma das variáveis relacionadas às condições da gestação.

Tabela 2

Condições da Gestação nos Grupos Clínico e Não Clínico

| | Grupo Clínico (n=39) | Grupo Não Clínico (n=38) | | p= |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------|------|
| Primiparidade | | | | |
| <i>Primípara</i> | 3 | 1 | $X^2=1,33^*$ | 0,25 |
| <i>Múltipara</i> | 5 | 7 | | |
| Planejamento da gravidez | | | | |
| <i>Esperada</i> | 3 | 3 | $X^2=0,00^*$ | 1,0 |
| <i>Não esperada</i> | 5 | 5 | | |
| Complicação na gravidez | | | | |
| <i>Presença</i> | 3 | 0 | $X^2=3,69^*$ | 0,55 |
| <i>Ausência</i> | 5 | 8 | | |
| Problemas de saúde | | | | |
| <i>Presença</i> | 0 | 0 | | |
| <i>Ausência</i> | 8 | 8 | | |

*gl = 1

Em relação aos escores obtidos pelas mães nos dois momentos de avaliação (no primeiro e no décimo oitavo mês de vida do bebê), a Tabela 3 demonstra que apenas no grupo clínico houve mudança de classificação quanto ao nível de sintomatologia depressiva identificada pelo BDI. Nesse grupo, duas mães que apresentavam depressão grave no primeiro mês após o parto (participantes 2 e 8) apresentaram sintomatologia considerada leve e moderada, respectivamente, ao serem avaliadas no décimo oitavo mês de vida da criança. A participante 3, que na avaliação inicial obteve um escore considerado indicativo de depressão moderada, ao ser avaliada novamente, apresentou um nível leve de depressão. As mães do grupo não clínico apresentaram os mesmos níveis de depressão (depressão mínima, com $BDI \leq 12$), nos dois momentos da avaliação.

Tabela 3

Escores do BDI de Cada Participante e sua Classificação Quanto ao Nível de Sintomatologia Depressiva nos Dois Momentos de Avaliação

| Participante | Grupo clínico | | | | Grupo não clínico | | | | |
|--------------|-------------------------|---------------|--------------------------|---------------|-------------------|-------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| | 1º mês Escore no BDI | Classificação | 18º mês Escore no BDI | Classificação | Participante | 1º mês Escore no BDI | Classificação | 18º mês Escore no BDI | Classificação |
| 1 | 13 | leve | 13 | leve | 9 | 10 | mínima | 4 | mínima |
| 2 | 36 | grave | 15 | leve | 10 | 4 | mínima | 5 | mínima |
| 3 | 22 | moderada | 16 | leve | 11 | 9 | mínima | 7 | mínima |
| 4 | 17 | leve | 14 | leve | 12 | 2 | mínima | 3 | mínima |
| 5 | 14 | leve | 16 | leve | 13 | 11 | mínima | 7 | mínima |
| 6 | 17 | leve | 19 | leve | 14 | 8 | mínima | 10 | mínima |

| | | | | | | | | | |
|---|----|----------|----|----------|-----------|----|--------|----|--------|
| 7 | 22 | moderada | 20 | moderada | 15 | 7 | mínima | 8 | mínima |
| 8 | 33 | grave | 20 | moderada | 16 | 10 | mínima | 11 | mínima |

2.2 Considerações éticas

Todas as mães consentiram a condução do estudo através da assinatura do *Termo de Consentimento Livro e Esclarecido* (Anexo A) após terem sido informadas sobre os objetivos, especificidades do estudo e confidencialidade dos dados. O projeto *Determinantes sociodemográficos, familiares e individuais do comportamento antissocial na infância* (Alvarenga et al., 2007) foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, do qual obteve parecer favorável.

2.3 Delineamento e procedimento

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996) envolvendo um grupo clínico, composto por mães com indicadores de depressão de acordo com os escores do BDI (≥ 12) e um grupo não clínico, composto por mães sem indicadores de depressão de acordo com os escores do BDI (≤ 11). Nos dois grupos foi examinada a interação mãe-criança.

O Estudo Longitudinal *Determinantes Sociodemográficos, familiares e Individuais do Comportamento Anti-Social na Infância* (Alvarenga et al., 2007) do qual o presente estudo faz parte, envolveu diversas fases de coletas de dados realizadas na gestação, no primeiro, no oitavo e no décimo oitavo mês de vida da criança. No presente estudo, foram utilizados dados coletados em três etapas: gestação, primeiro e décimo oitavo mês.

No terceiro trimestre de gestação, as gestantes preencheram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo A) e a *Ficha de Dados Sociodemográficos* (Anexo B). As gestantes que preencheram os critérios do estudo (estar esperando um bebê do sexo masculino, estar no 3º trimestre de gestação e não apresentar complicações físicas graves durante a gravidez) foram contatadas posteriormente por telefone para agendamento de uma visita domiciliar no primeiro mês de vida do bebê. Nessa ocasião, foi solicitado que elas preenchessem a *Ficha de Saúde do Recém-Nascido* (Anexo C) e o BDI (Anexo E).

No décimo oitavo mês de vida da criança, foi agendada uma nova visita domiciliar, durante a qual foi realizada a observação da interação mãe-criança e a segunda aplicação do BDI (Anexo E). Antes, porém, as mães foram solicitadas a assinar um novo termo de *Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo D). Nessa ocasião, foi realizada a Observação da Interação Mãe-Criança – 18º mês para avaliar a qualidade de interação. A interação foi filmada e, em seguida, as mães responderam individualmente ao BDI.

2.4 Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e saúde da gestante: Esta ficha foi preenchida pelas gestantes no terceiro trimestre da gestação com o objetivo de selecionar possíveis participantes do estudo. Foram investigados alguns dados demográficos como idade da gestante, escolaridade, profissão, estado civil, existência de outros filhos, estado de saúde durante a gestação e data prevista para o nascimento do bebê. O endereço e o telefone da gestante também foram solicitados para contato posterior (Anexo B).

Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993): Foi utilizado para avaliar a depressão materna em dois momentos: no primeiro e no décimo oitavo mês de vida da

criança. O BDI é uma escala sintomática de autorrelato que contém 21 itens com diferentes alternativas de resposta sobre como o sujeito tem se sentido. Com a soma dos escores dos itens individuais, obtém-se um escore total, que estabelece um escore dimensional da intensidade da depressão. Assim, a depressão pode ser classificada nos seguintes níveis: mínimo (até 11 pontos), leve (de 12 a 19 pontos), moderado (de 20 a 35 pontos) ou grave (acima de 36 pontos). A versão em português do BDI necessitou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês. Participaram do processo quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora. A versão em português foi testada com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngues em um intervalo de três dias (Cunha, Prieb, Goulart, & Lemes, 1996). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,4018 ($p < 0,001$) (Anexo E).

Observação da interação mãe-criança - 18º mês: Foi utilizada para avaliar a interação mãe-criança. A mãe foi filmada interagindo livremente com seu filho por 12 minutos (interação livre) e durante um episódio de interação com brinquedos fornecidos pelo pesquisador também por 12 minutos (interação estruturada). Os seguintes brinquedos foram fornecidos pelos pesquisadores: um bichinho com rodas e vários botões que quando acionados produzem diferentes melodias, dois carrinhos de borracha, um conjunto de doze potes plásticos de diferentes tamanhos e cores. Para o presente estudo, foi utilizado apenas o episódio de interação estruturada. O rapport consta no Anexo F. Para a análise da interação mãe-criança, foi desenvolvido um protocolo com base nos sistemas de codificação originalmente propostos por Schwengber e Piccinini (2004), Radke-Yarrow (1998) e Hops, Biglan, Longoria, Tolman e Arthur (2003) (Anexo G). O protocolo desenvolvido por Schwengber e Piccinini (2004) foi usado em um estudo que investigou a interação mãe-bebê aos doze meses de vida no contexto da depressão materna. Foi baseado em estudos internacionais como o conduzido por

Radke-Yarrow (1998). Hops, Biglan, Longoria, Tolman e Arthur (2003) desenvolveram o *Living in Family Environments* (LIFE), um sistema de codificação usado para investigar os comportamentos interativos de mães deprimidas e suas famílias em diferentes situações. Reunindo contribuições desses sistemas de codificação, o protocolo do presente estudo foi composto por cinco categorias de comportamentos maternos (*envolvimento positivo/incentivo, apatia, intrusividade, crítica e comando*) e sete categorias de comportamentos infantis (*exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade da mãe, negativismo, resistência ao contato com a mãe, desobediência e obediência*). Os três minutos iniciais e os três minutos finais do episódio de interação estruturada foram divididos em intervalos de 15 segundos, totalizando 24 intervalos de codificação. A codificação dos vídeos foi realizada por duas estudantes de graduação em psicologia que foram treinadas durante aproximadamente 30 horas. As observadoras receberam um manual contendo todas as categorias de comportamentos maternos e infantis definidas e exemplificadas e instruções de como codificá-las a cada intervalo de 15 segundos (Anexo G) e um protocolo onde fizeram o registro (Anexo H). Para o treinamento, foram utilizados vídeos de outras mães participantes do estudo longitudinal interagindo com seus filhos aos dezoito meses de vida da criança. Em seguida, as codificadoras assistiram a sete vídeos para realização do cálculo de fidedignidade através do coeficiente *Kappa*. Para as categorias de comportamentos maternos, o coeficiente *Kappa* foi de 0,79 e para as categorias de comportamentos infantis, esse índice foi de 0,78. Esses valores de *Kappa* são considerados excelentes por Robson (2003), que utiliza uma escala que vai de suficiente (para valores de 0,40 a 0,60), a bom (para valores de 0,60 a 0,75) e excelente (para valores acima de 0,75). Depois de realizado esse procedimento, cada uma das duas observadoras realizou a codificação da metade dos 16 vídeos restantes. É importante

ressaltar que, durante todo o processo de treinamento e codificação, ambas as codificadoras estavam cegas quanto à classificação sintomatológica de cada mãe; portanto, não sabiam a que grupo elas pertenciam, nem o nível de depressão que apresentavam.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Para identificar as diferenças nas categorias de comportamentos maternos e comportamentos infantis, a análise dos dados foi dividida em duas fases, e utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Na primeira fase, foram analisados os três minutos iniciais e os três minutos finais da interação mãe criança, totalizando seis minutos de interação. Em seguida, com o objetivo de explorar com maior profundidade os dados, foram descartados os três minutos iniciais, e apenas os três minutos finais foram analisados. Essa medida encontra respaldo na literatura em que os pesquisadores geralmente descartam os minutos iniciais das filmagens de interações a fim de que sejam analisados os minutos em que os participantes já estejam possivelmente habituados ao procedimento de filmagem (Scwhengber & Piccinini, 2004).

A Tabela 4 apresenta a frequência média, o desvio-padrão, o valor de U e o nível de significância para cada categoria de comportamento materno para o grupo clínico e para o grupo não clínico para os seis minutos de interação. Houve diferença significativa apenas na categoria *intrusividade*. As mães do grupo clínico, ou seja, aquelas com indicadores de depressão ($M=8,00$; $DP=4,34$), apresentaram mais comportamentos intrusivos ($p<0,03$) do que as mães do grupo não clínico ($M=3,50$; $DP=2,33$). A Figura 1 ilustra a frequência média das categorias de comportamento materno da Tabela 4.

Tabela 4

Frequencia Média, Desvio-padrão, Valor de U e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Materno nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação

| Categorias de comportamentos maternos | Grupo clínico M (DP) | Grupo não clínico M(DP) | U | $p \leq$ |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------|----------|
| <i>Envolvimento positivo</i> | 15,75 (6,76) | 16,75 (5,12) | 28,00 | 0,67 |
| <i>Apatia</i> | 6,88 (8,30) | 6,75 (6,14) | 31,00 | 0,91 |
| <i>Intrusividade</i> | 8,00 (4,34) | 3,50 (2,33) | 11,50 | 0,03 |
| <i>Crítica</i> | 3,50 (3,70) | 3,63 (2,26) | 25,50 | 0,49 |
| <i>Comando</i> | 12,00 (5,34) | 12,25 (2,96) | 30,00 | 0,83 |

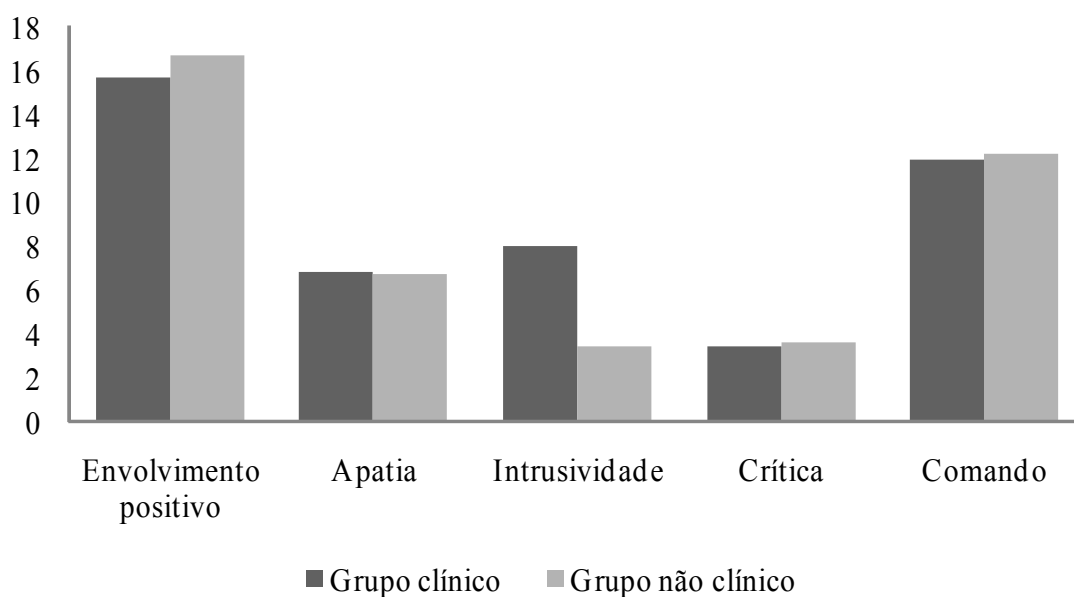


Figura 1. Frequencia Média das Categorias de Comportamento Materno para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação.

A Tabela 5 apresenta a frequência média, o desvio-padrão, o valor de U e o nível de significância para cada categoria de comportamento materno nos grupos clínico e não clínico nos três minutos finais da interação diádica. Novamente, foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico na categoria *intrusividade*.

As mães do grupo clínico apresentaram mais comportamentos intrusivos ($M= 4,38$; DP

= 2,45) do que as mães do grupo não clínico ($M = 1,50$; $DP = 1,41$). Não houve diferenças significativas nas demais categorias. A Figura 2 ilustra a frequência média das categorias de comportamento materno nos grupos clínico e não clínico da Tabela 5.

Tabela 5

Frequencia Média, Desvio-padrão, Valor de U e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Materno nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais de Interação

| Categorias de comportamentos maternos | Grupo clínico M (DP) | Grupo não clínico M(DP) | U | $p \leq$ |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------|----------|
| <i>Envolvimento positivo</i> | 8,50 (3,42) | 7,75 (2,92) | 28,00 | 0,67 |
| <i>Apatia</i> | 2,00 (2,98) | 3,75 (3,81) | 21,00 | 0,23 |
| <i>Intrusividade</i> | 4,38 (2,45) | 1,50 (1,41) | 8,50 | 0,01 |
| <i>Crítica</i> | 2,25 (2,25) | 2,25 (1,39) | 29,00 | 0,74 |
| <i>Comando</i> | 6,38 (2,20) | 5,38 (2,97) | 23,00 | 0,34 |

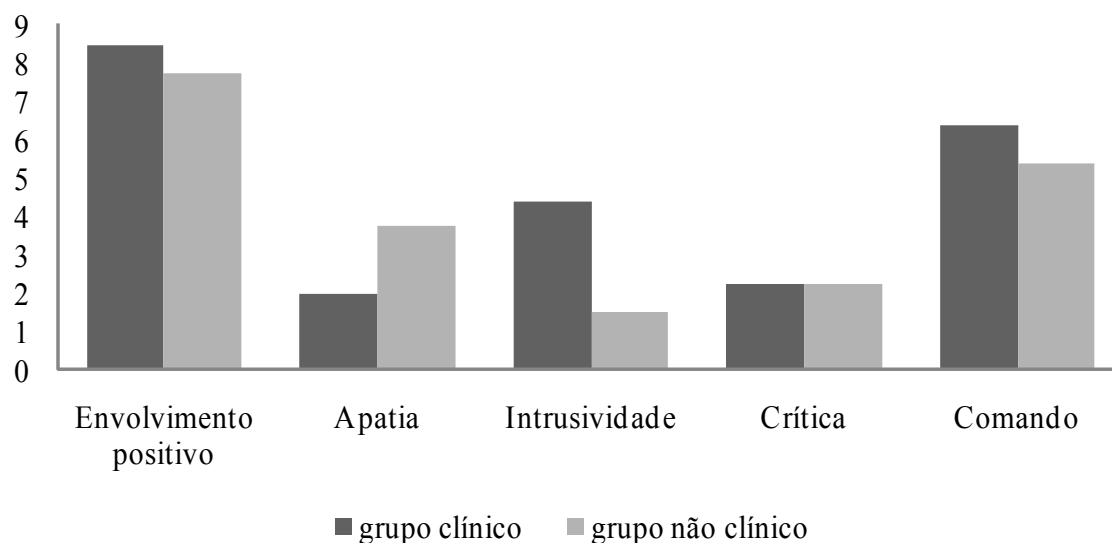


Figura 2. Frequencia Média das Categorias de Comportamento Materno para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação.

A Tabela 6 demonstra a frequência média, o desvio-padrão, o valor de U e o nível de significância para cada categoria de comportamento infantil para os grupos clínico e não clínico nos seis minutos de interação diádica. Embora não tenha sido revelada nenhuma

diferença significativa entre os grupos em nenhuma das categorias, houve uma diferença marginalmente significativa ($p < 0,06$) quanto à categoria resistência ao contato da mãe, sendo que filhos de mães com indicadores de depressão ($M = 0,5$; $DP = 0,75$) apresentaram uma tendência a resistir mais ao contato materno do que os filhos de mães sem esses indicadores. A Figura 3 ilustra a frequência média das categorias de comportamentos infantis para os grupos clínico e não clínico nos seis minutos de interação.

Tabela 6

Frequência Média, Desvio-padrão e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Infantil nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação

| Categorias de comportamentos infantis | Grupo clínico M (DP) | Grupo não clínico M (DP) | <i>U</i> | $p \leq$ |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|----------|
| <i>Exploração de brinquedo</i> | 22,75 (1,49) | 20,88 (2,75) | 17,00 | 0,10 |
| <i>Envolvimento positivo</i> | 12,13 (7,41) | 8,25 (7,42) | 23,50 | 0,37 |
| <i>Busca de proximidade</i> | 1,00 (1,19) | 1,38 (1,30) | 26,50 | 0,54 |
| <i>Negativismo</i> | 1,13 (1,12) | 0,75 (1,03) | 25,50 | 0,47 |
| <i>Resistência ao contato</i> | 0,5 (0,75) | 0,00 (0,00) | 20,00 | 0,06 |
| <i>Desobediência</i> | 4,88 (4,42) | 3,63 (2,56) | 28,00 | 0,67 |
| <i>Obediência</i> | 5,50 (3,38) | 6,63 (1,92) | 24,00 | 0,39 |

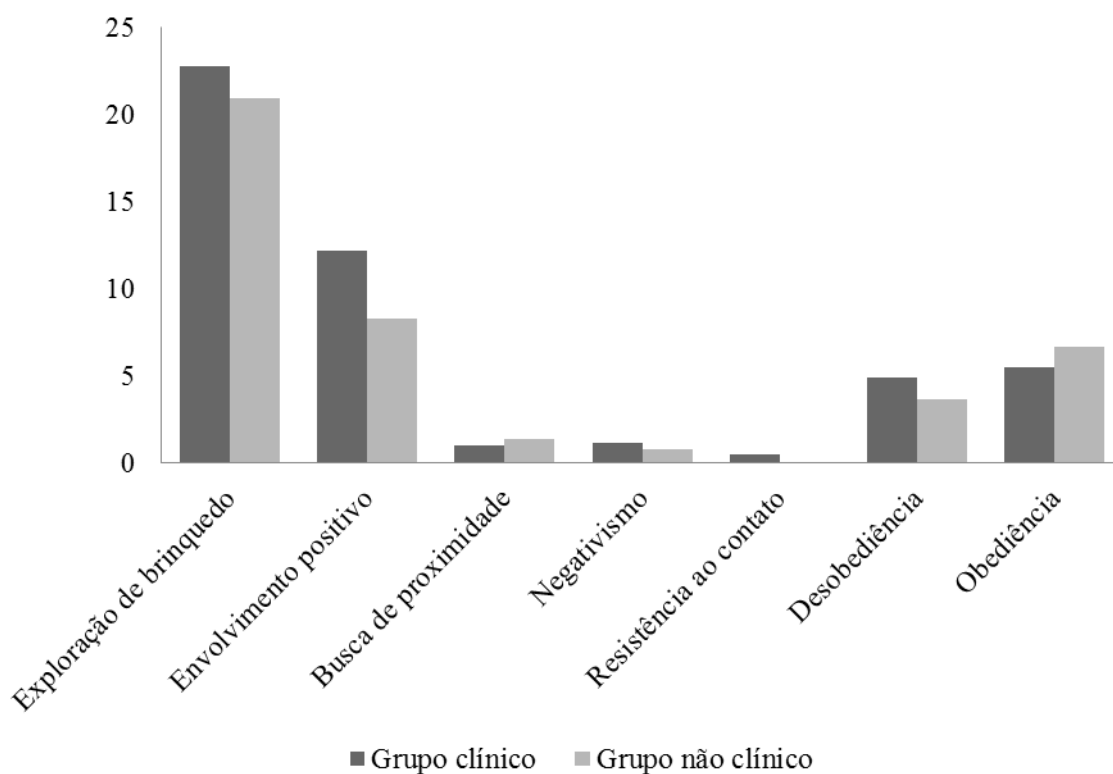


Figura 3. Frequência Média das Categorias de Comportamento Infantil para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Seis Minutos de Interação.

A Tabela 7 apresenta a frequência média, o desvio-padrão, o valor de U e o nível de significância para cada categoria de comportamento infantil para os grupos clínico e não clínico nos três minutos finais de interação diádica. A Figura 4 ilustra a frequência média das categorias de comportamento infantil nos três minutos finais da interação. Não houve diferença significativa entre os grupos em nenhuma categoria.

Tabela 7

Frequência Média, Desvio-padrão e Nível de Significância para Cada Categoria de Comportamento Infantil nos Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais de Interação

| Categorias de comportamentos infantis | Grupo clínico M (DP) | Grupo não clínico M (DP) | <i>U</i> | <i>p</i> ≤ |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------|------------|
| <i>Exploração de brinquedo</i> | 11,00 (0,97) | 9,63 (2,97) | 22,50 | 0,30 |
| <i>Envolvimento positivo</i> | 6,63 (3,54) | 4,38 (3,66) | 21,00 | 0,25 |
| <i>Busca de proximidade</i> | 0,63 (1,06) | 1,13 (1,12) | 23,00 | 0,31 |
| <i>Negativismo</i> | 0,75 (0,89) | 0,50 (0,76) | 27,00 | 0,56 |
| <i>Resistência ao contato</i> | 0,38 (0,74) | 0,00 (0,00) | 24,00 | 0,14 |
| <i>Desobediência</i> | 2,25 (1,90) | 1,50 (1,41) | 22,50 | 0,30 |
| <i>Obediência</i> | 3,00 (1,31) | 2,75 (2,60) | 24,50 | 0,42 |

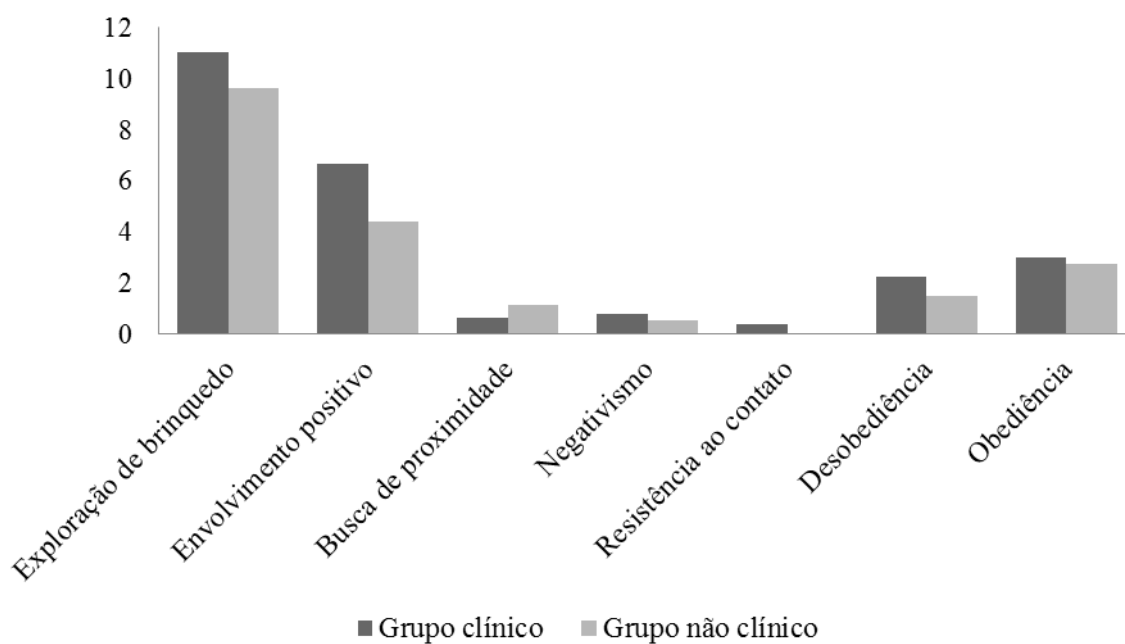


Figura 4. Frequência Média das Categorias de Comportamento Infantil para os Grupos Clínico e Não Clínico nos Três Minutos Finais da Interação.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar a interação mãe-criança entre um grupo clínico, composto por díades em que as mães apresentavam indicadores de depressão ($BDI \geq 12$) e um grupo não clínico, composto por díades em que as mães não apresentavam esses indicadores ($BDI \leq 11$). De acordo com a revisão de literatura, esperava-se que as mães do grupo clínico apresentassem mais críticas aos atributos ou atividades realizadas pela criança, evidenciassem mais intrusividade, dessem mais comandos ou ordens e demonstrassem mais apatia ao interagir com a criança do que as mães do grupo não clínico. Além disso, esperava-se que as mães deprimidas demonstrassem menos envolvimento positivo (por exemplo, encorajar a brincadeira e elogiar a criança) do que as mães não deprimidas (Field, 2010; Field, 1995; Hart, Jones, Field, & Lundy, 1999; Jones et al., 1997; Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000; Pelaez, Field, Pickens, & Hart, 2008; Scwhengber & Piccinini, 2004). Em relação aos comportamentos infantis, a expectativa era de que os filhos de mães deprimidas tenderiam a apresentar mais comportamentos negativistas (p.ex., chorar, irritar-se, emitir vocalizações de protesto), resistiriam mais ao contato com suas mães e desobedeceriam mais a suas ordens. Esperava-se também que os filhos de mães deprimidas demonstrassem menos exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade e obediência aos comandos maternos se comparados aos filhos das mães não deprimidas (Gelfand & Teti, 1990; Gross, Shaw, Burwell, & Nagin, 2009; Pelaez, Field, Pickens, & Hart, 2008; Radke-Yarrow, 1998).

A análise das categorias de comportamentos maternos revelou que houve diferença significativa entre os grupos apenas em relação à *intrusividade*. Esse achado corrobora estudos anteriores que identificaram que as mães deprimidas tendem a interagir com seus filhos de modo mais intrusivo do que as mães não deprimidas (Field, 2010; Hamilton, Jones, & Hammen, 1993; Jones et al., 1997; Lovejoy, 1991; Pélaez, Field, Pickens, & Hart, 2008; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme, & Guskin, 1995). Esses estudos revelaram que, ao interagirem com seus filhos, as mães deprimidas tendem a se intrometer ou se envolver excessivamente (por exemplo, fazer cócegas enquanto a criança brinca, introduzir muitos brinquedos, interromper ou mudar a atividade da criança) quando comparadas às mães não deprimidas. Por exemplo, o estudo conduzido por Pelaez, Field, Pickens e Hart (2008) com mães deprimidas e não deprimidas e seus filhos aos 12 meses de idade também revelou que mães deprimidas tendiam a interagir com seus filhos de uma forma significativamente mais intrusiva do que as mães não deprimidas. As mães deprimidas dessa amostra demonstraram mais uso de controle físico (por exemplo, restringir a movimentação dos filhos pelo espaço, tocar com maior frequência na criança) do que as mães não deprimidas. No presente estudo, a intrusividade materna apareceu basicamente em comportamentos como interromper ou distrair a criança da atividade em que está engajada. Por exemplo, a criança estava manipulando o carrinho, empurrando-o pelo chão, e a mãe tomava-lhe o brinquedo da mão para introduzir outra atividade, como guardar os potes. Também apareceu em comportamentos maternos que limitavam ou inibiam a movimentação da criança pelo ambiente ou sua exploração dos brinquedos. Por exemplo, quando a criança começava a se movimentar pelo espaço, a mãe a puxava para si, agarrando-lhe as pernas ou os braços.

O estilo de interação intrusivo das mães deprimidas com seus filhos tem sido identificado em uma série de estudos que analisam a interação mãe-criança no contexto da depressão materna em diferentes estágios do desenvolvimento infantil. Esse estilo caracteriza-se uma maior demonstração de afetividade, estimulação excessiva, raiva, hostilidade e interrupção das atividades da criança (Jones et al., 1997; Lovejoy, 1991; Pélaez, Field, Pickens, & Hart, 2008; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme, & Guskin, 1993). Um estudo conduzido por Jones, Field, Hart, Lundy e Davalos (2001) revelou que a maioria das mães deprimidas da amostra (41%) tendiam a interagir de forma predominantemente intrusiva com seus filhos (por exemplo, faziam cócegas, cutucavam a criança, restringiam seus movimentos) do que de forma apática (38% das mães) ou de forma caracterizada como boa interação (21%). Em sua revisão meta-analítica de 46 estudos observacionais de comportamentos parentais em contexto de depressão, Lovejoy, Grazcnik, O'hare e Neuman (2000) descobriram uma moderada associação entre depressão materna e comportamento parental negativo (por exemplo, hostilidade, crítica e intrusividade) e em proporção menor em relação ao desengajamento da criança, ou seja, em relação à apatia materna. Nessa perspectiva, esses achados corroboram a hipóteses de que, comparadas às mães não deprimidas e comparadas entre si, o grupo de mães deprimidas tende a apresentar um estilo de interação com seus filhos que se caracteriza mais por intrusividade do que apatia ou boa interação.

A literatura empírica tem apontado o estilo de cuidado intrusivo como parte do repertório de mães e pais cujos filhos apresentam problemas internalizantes e externalizantes. Estudos que caracterizam o ambiente familiar de crianças que apresentam transtornos de ansiedade e depressão têm consistentemente identificado comportamentos parentais que envolvem a limitação da autonomia da criança, através da restrição de seu espaço físico e de suas atividades, bem como um envolvimento

excessivo em suas atividades. Em um estudo observacional de interação diádica entre mães e crianças de diferentes faixas etárias, Hudson e Rapee (2001) descobriram uma associação entre o estilo parental intrusivo e a presença de traços de ansiedade nas crianças. Barlow (2002) e Rapee (1997) têm proposto o estilo intrusivo como um dos fatores presentes na etiologia dos transtornos de ansiedade e depressão na infância. A intrusividade parental também tem sido associada a problemas externalizantes como comportamento antissocial. Crianças que experimentam cuidados intrusivos tendem a apresentar problemas de comportamento antissocial com mais frequência do que seus pares que não foram submetidos a esse estilo de cuidados. Um estudo conduzido por Soenens, Vansteenkiste, Smits, Lowet e Goossens (2007), por exemplo, revelou uma associação entre práticas parentais intrusivas e afiliação a pares que praticavam atos antissociais, ou seja, filhos cujos pais utilizavam essas práticas tendiam a se associar a pares desviantes e a praticar atos antissociais com maior frequência.

Outra questão importante refere-se à apresentação de um estilo de interação intrusivo por mães deprimidas. Esse estilo tem sido predominantemente identificado em amostras de mães deprimidas ao observar sua interação com filhos, especialmente bebês (Field, 2010; Lovejoy, Grazcnik, O'hare, & Neumann, 2000). No entanto, ainda não se discutiu, de forma satisfatória, o que levaria mães deprimidas a adotarem um estilo de interação mais intrusivo com seus filhos. Alguns autores apontam para o fato de a depressão ser uma condição normalmente associada a transtornos de ansiedade, e esse traço intrusivo seria a expressão de características ansiogênicas apresentadas por essa condição comórbida (Hudson & Rapee, 2001; Rosenblum, Mazet, Bénony, 1997). Rosenblum, Mazet e Bénony (1997), por exemplo, identificaram em sua amostra de 29 mães deprimidas, mães cuja sintomatologia depressiva poderia ser caracterizada por lentidão e retraimento (apatia, falta de interesse, etc.) e mães cuja sintomatologia

depressiva caracterizava-se por traços de ansiedade e inquietude (humor irritadiço, raiva, etc.). Como o presente estudo não se preocupou em fazer um diagnóstico diferencial das mães, identificando a possível comorbidade dos transtornos, não foi possível contribuir para essa discussão de forma mais consistente. Espera-se que estudos posteriores possam, através da adoção de critérios diagnósticos mais rigorosos, identificar e discutir de forma mais satisfatória essa questão.

Em relação ao estilo de interação intrusivo apresentado pelas mães deprimidas deste estudo, outra importante característica da amostra que pode ajudar a discutir os resultados diz respeito ao sexo da criança. Embora no presente estudo não houvesse a possibilidade de comparar as interações de mães deprimidas e não deprimidas de acordo com o gênero da criança, Hart, Field, Delvalle e Pelaez-Nogueras (1998) e Radke-Yarrow (1998) descobriram que mães deprimidas de meninos tendiam a apresentar mais intrusividade e envolvimento ativo nas atividades de seus filhos do que nas atividades de suas filhas. A esse respeito, Weinberg (1996) também relatou possíveis influências do gênero da criança nos padrões interativos de mães deprimidas, sendo que, de forma coerente aos dois estudos citados anteriormente, essas mães apresentaram mais comportamentos intrusivos com meninos do que com meninas. Nessa perspectiva, alguns estudos apontam que filhos de mães deprimidas tendem a desenvolver mais problemas externalizantes (por exemplo, comportamento antissocial) do que suas filhas. Portanto, é provável que o estilo intrusivo, característico da interação de mães deprimidas com seus filhos do sexo masculino, exerça efeitos deletérios sobre a interação mãe-criança, especialmente com filhos do sexo masculino, e contribua, dessa forma, para a associação consistentemente encontrada na literatura entre depressão materna e comportamento antissocial em crianças do sexo masculino (Kim-Cohen, Moffit, Taylor, Pawlby, & Caspi, 2005).

Para as categorias de comportamento materno *apatia*, *envolvimento positivo*, *crítica* e *comando*, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, contrariando a hipótese deste estudo. Diferentemente do encontrado por Schwengber e Piccinini (2004) e Field (2010), não houve diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico deste estudo em relação à categoria *apatia*. Alguns aspectos metodológicos podem ser considerados ao tratar dessa categoria. O tempo de filmagem, por exemplo, pode ter sido insuficiente para que as mães demonstrassem comportamentos característicos dessa categoria (por exemplo, cruzar braços, bocejar, observar a brincadeira sem se envolver). Além disso, a díade recebeu um conjunto de brinquedos novos para manipular, o que, somado ao curto período de filmagem, pode ter mantido tanto a mãe como a criança mais envolvidas na atividade, contribuindo, portanto, para não identificação de diferenças entre os grupos quanto a essa categoria. Outra possibilidade é a de que, além dos estilos intrusivo e retraído ou apático, as mães deprimidas também apresentam um estilo de interação denominado “boa interação” (Jones et. al., 2001). Um estudo conduzido por Jones et. al. (2001) revelou que as mães deprimidas também podem apresentar, em menor proporção, comportamentos classificados como de “boa interação”. Embora utilizasse o termo desengajamento, e não *apatia*, o estudo conduzido por Frizzo e Piccinini (2007) também não encontrou diferenças significativas entre os grupos de mães deprimidas e mães não deprimidas quanto a esses comportamentos assim como os estudos de Charbrol, Bron e Le Camus (1996) e Frankel e Harmon (1996).

De forma contrária ao que se relata na literatura, De Felipe (2009) identificou que tanto no grupo de mães deprimidas como no grupo de mães não deprimidas, havia uma maior incidência do estilo “boa interação” do que intrusivo e retraído, ou seja, ao estabelecer a porcentagem de estilos de interação dentro dos grupos de mães deprimidas

e mães sem depressão, essa autora descobriu que em ambos os grupos predominava o estilo de “boa interação”. Nessa perspectiva, De Felipe (2009) afirma que, em sua amostra, pode ter havido outros fatores contextuais, como a presença de parceiros e a utilização de estratégias de compensação emocional por parte das mães deprimidas, que reduziram os efeitos da depressão materna sobre a interação mãe-criança, fazendo com que mães, mesmo apresentando indicadores de depressão, pudessem se envolver de uma forma mais positiva com seus filhos. É provável que as mães deprimidas do presente estudo caracterizem-se mais pela apresentação dos estilos intrusivo e de boa interação embora não tenha sido um objetivo do estudo a classificação dos estilos de interação dentro de cada grupo.

Considerando o que foi dito até aqui, ao levarmos em conta categoria de comportamento materno *envolvimento positivo*, um possível indicador do estilo boa interação, assim como no presente estudo, Lovejoy (1991) também não encontrou diferenças entre os grupos de mães deprimidas e não deprimidas quanto à apresentação de comportamentos positivos (por exemplo, elogiar a criança e suas atividades, dar dicas para ela brincar). No entanto, de forma parcialmente semelhante ao presente estudo, ela identificou uma diferença significativa em relação à categoria comportamento negativo, com mães deprimidas apresentando mais comportamentos negativos (ameaça, intrusividade, crítica) do que as mães não deprimidas. Por sua vez, Schwengber e Piccinini (2004), embora tenham utilizado um sistema de categorias diferente, também não encontraram diferenças entre os grupos de mães deprimidas e não deprimidas ao avaliarem a expressão de prazer e alegria, comportamentos que fizeram parte da categoria *envolvimento positivo* do presente estudo. Esses achados reforçam as descobertas de estudos anteriores que investigaram e caracterizaram o estilo de interação positivo ou “boa interação” de mães deprimidas com seus filhos.

Quanto à categoria *crítica*, diferentemente do proposto pela literatura (Radke-Yarrow, 1998; Webster-Stratton & Hammond, 1988), o presente estudo não encontrou diferenças significativas entre os grupos. É possível que a definição ampla de crítica utilizada por este estudo tenha dificultado a identificação de diferenças entre os grupos. No presente estudo, essa categoria foi definida como verbalizações maternas que apontam para falhas nas atividades, nos objetos ou nos atributos da própria criança, comentários que corrigem alguma atividade da criança e também verbalizações maternas que revelam sarcasmo ao referir-se a uma atividade, produto ou atributo da criança. Os estudos anteriores focaram mais em críticas negativas aos atributos e atividades da criança, enquanto este se concentrou em uma definição de crítica mais ampla, proposta por Hops et al.(2003). Essa amplitude pode ter comprometido o processo de análise e a identificação de diferenças entre grupos.

Contrariando os achados da literatura (Fox & Gelfand, 1994; Gelfand & Teti, 1990; Gross, Shaw, Burwell & Nagin, 2009; Pelaez, Field, Pickens, & Hart, 2008), não foi identificada uma diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico no que diz respeito à categoria *comando*. Esperava-se que as mães deprimidas dessem mais ordens e instruções aos seus filhos durante o episódio de interação livre do que as mães não deprimidas. Estudos que encontraram essa diferença entre os grupos (por exemplo, Pelaez, Field, Pickens, & Hart, 2008) utilizaram um tipo de interação em que a mãe era instruída a solicitar ajuda de seu filho na realização de alguma tarefa. Pode-se pensar que, sob influência dessa orientação do pesquisador, as mães tenderam a dar mais instruções a seus filhos de forma que as possíveis diferenças entre os grupos em relação a essa categoria puderam ser observadas com maior frequência do que no presente estudo, no qual as mães foram instruídas apenas a brincar com seus filhos como normalmente faziam em seu cotidiano.

A análise das categorias de comportamentos infantis não revelou diferença significativa entre os grupos, porém, houve uma diferença marginalmente significativa em relação à categoria *resistência ao contato com a mãe* quando considerados os seis minutos da interação. Os filhos de mães deprimidas tenderam a resistir ao contato com suas mães com maior frequência do que os filhos de mães não deprimidas, apoiando os achados dos estudos conduzidos por outros pesquisadores (Lovejoy, 1991; Radke-Yarrow, 1998; Tronick & Reck, 2009). É provável que o contato com uma mãe deprimida, especialmente as que estimulam excessivamente a criança, ou seja, as que apresentam um estilo intrusivo, seja experimentado pela criança como algo aversivo, do qual ela busca manter-se distante ou se esquivar (Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman, & Osteen, 1987; Tronick & Reck, 2009). Por exemplo, um estudo observacional de interação mãe-criança no contexto de depressão materna conduzido por Cohn e Tronick (1989) revelou que filhos de mães deprimidas passaram 55% do tempo evitando contato com suas mães. Em outro estudo, Rosenblum, Mazet e Benony (1997) descobriram que os filhos de mães deprimidas tendem a se comportar de forma diferente a depender da maneira como suas mães expressam sua depressão. Filhos cujas mães deprimidas se expressam de forma ansiosa, irritadiça e mais intrusiva tendem a apresentar um padrão de comportamentos mistos quando reunidos com suas mães, ora aproximando-se, ora afastando-se, enquanto filhos de mães deprimidas que se expressam de forma retraída tendem a evitar contato quando reunidos com suas mães. Conseqüentemente, esses autores relatam que filhos do primeiro grupo de mães tendem a apresentar um estilo de apego inseguro-ambivalente, enquanto os filhos do segundo grupo apresentam geralmente um estilo de apego inseguro-evitativo.

De forma coerente aos achados de Rosenblum, Mazet e Bénony (1997), a tendência marginal a resistir ao contato com as mães apresentada pelas crianças do presente

estudo pode ser explicada como uma forma de defesa, ou um sistema defensivo, que ajuda a criança a evitar ou interromper o contato com uma mãe que a estimula demais ou restringe suas ações, isto é, uma mãe intrusiva. Ampliando o escopo da análise, autores apontam que esse padrão de esquiva, ou evitação, de contato com pessoas que apresentam humor deprimido e irritado também tem sido relatado em outros estudos que extrapolam o contexto da interação mãe-criança e lidam com a interação de mães deprimidas com outros membros da família (Hops et al., 1987). Dessa forma, pode se pensar que a generalização desse padrão de interação para outras relações interpessoais pode trazer prejuízos para essas crianças.

Diferentemente do que encontrado em outros estudos, não houve diferenças significativas entre os grupos de filhos de mães deprimidas e filhos de mães não deprimidas em relação às categorias *obediência e desobediência, exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade da mãe e negativismo*.

Estudos que investigaram a obediência e desobediência infantil em díades com mães deprimidas relatam que seus filhos tendem a desobedecer ou seguir as ordens maternas com menos frequência (Fox & Gelfand, 1994; Gelfand & Teti, 1990; Gross, Shaw, Burwell & Nagin, 2009; Pelaez et al., 2008). No entanto, essa diferença não foi observada no presente estudo, nem nos estudos conduzidos por Webster-Stratton e Hammond (1988) e Gelfand, Kulson e Teti (1997). Nos estudos citados em que os autores descobriram diferenças entre os grupos de filhos dessas mães, foram utilizadas tarefas estruturadas em que o pesquisador instrua as mães que pedissem a seus filhos ajuda na execução de alguma tarefa como arrumar os brinquedos depois da brincadeira (por exemplo, Pelaez et al., 2008), algo que não foi solicitado no presente estudo. É provável que essa instrução dada às mães tenha possibilitado o aparecimento dessa diferença entre grupos no que se refere às categorias de comportamentos infantis

obediência e desobediência. Não obstante, Gelfand, Kulcsos e Teti (1997) argumentam que a dificuldade de identificar diferenças em relação à obediência infantil aos comando maternos entre os 16 e 24 meses, pode ser devida ao fato de que existe na literatura uma confusão quanto a definição do comportamento de obedecer nessa faixa etária, não havendo, portanto, consenso entre os autores quanto a sua operacionalização. Nesse sentido, o presente estudo utilizou uma definição ampla de obediência e desobediência, retirada de um manual de codificação elaborado para examinar interações familiares (Life Coding System - Hops et al., 2003) em diferentes contextos e faixas etárias. A adoção dessa definição ampla pode ter prejudicado a identificação de diferenças entre grupos quanto a essa categoria considerando a faixa etária das crianças da amostra. Nesse sentido, sugere-se que futuras investigações adotem definições mais rigorosas de comportamentos como obediência e desobediência e sejam sensíveis à faixa etária das crianças sob investigação, considerando, dessa forma, os comportamentos típicos de cada grupo em sua fase de desenvolvimento.

Em relação à categoria *exploração de brinquedo*, a literatura relata que filhos de mães deprimidas tendem a manipular brinquedos com menor frequência, se comparados a filhos de mães não deprimidas (Hart, Field, Del Valle, & Pelaez-Nogueras, 1998; Field, 1995). No entanto, essa hipótese não foi corroborada pelo presente estudo. Neste estudo, as crianças receberam um conjunto de brinquedos novos para manipular durante a interação com suas mães. Essa novidade, aliada ao breve período de observação da interação mãe-criança, pode ter surtido algum efeito sobre o comportamento de explorar o brinquedo dessas crianças, impedindo a identificação de diferenças entre os grupos nessa categoria. Nessa perspectiva, sugere-se que futuras investigações usem interações livres nas quais mães e filhos manipulem seus brinquedos e objetos usuais como uma

forma de mitigar o possível efeito da novidade sobre os comportamentos exploratórios maternos e infantis.

Os grupos de filhos de mães deprimidas e não deprimidas também não diferiram, de forma significativa, em relação à categoria *envolvimento positivo*. Esse achado corrobora parcialmente o estudo conduzido por Schwengber e Piccinini (2004) que não identificou diferenças significativas entre esses grupos quanto às categorias *sorri* e *vocaliza positivamente*, ambos comportamentos que faziam parte da categoria *envolvimento positivo*, do presente estudo. Quanto à categoria *busca de proximidade da mãe*, este estudo não identificou diferenças significativas entre os grupos, assim como o estudo conduzido por Schwengber e Piccinini (2004), com crianças aos 12 meses de idade e suas mães deprimidas e não deprimidas.

Esperava-se que os filhos de mães deprimidas apresentassem mais comportamentos característicos da categoria *negativismo* (por exemplo, chorar, protestar, demonstrar irritação) do que os filhos de mães não deprimidas. De forma contrária ao que relata a literatura (Gelfand, Kulcsos, Jameson, & Teti, 1997; Radke-Yarrow, 1998), não houve diferença entre os grupos quanto a essa categoria. Em relação a dois comportamentos presentes nessa categoria (chorar e rejeitar o brinquedo), Schwengber e Piccinini (2004) também não encontraram diferenças significativas entre os grupos de filhos, porém, nesse estudo, os autores observaram uma tendência a vocalizações negativas maior em filhos de mães deprimidas do que em filhos de mães não deprimidas.

Ao discutir a forma como as mães deprimidas interagem com seus filhos, é preciso ter em mente a variabilidade de comportamentos, ou estilos comportamentais, que elas podem apresentar. Essa heterogeneidade tem sido destacada por alguns autores e identificada em diferentes estudos (Field, 2010; Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000; Tronick & Reck, 2009). A análise desses comportamentos deve, pois, levar

também em consideração outros aspectos contextuais como a severidade e a cronicidade da depressão materna, o gênero do bebê, status socioeconômico das mães e a presença do pai (Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000; Tronick & Weinberg, 2000). Para Lovejoy, Graczyk, O'hare e Neuman (2000), a presença de poucos fatores de risco, como os citados acima, pode mitigar os efeitos deletérios da depressão materna sobre a interação mãe-criança. Devido à própria natureza do presente estudo, esses fatores não constituíram variáveis para análises mais detalhadas.

Embora o presente estudo não tenha se proposto a investigar aspectos relacionados à severidade e cronicidade da depressão materna, os dados revelaram que mães que apresentaram indicadores de depressão pós-parto no primeiro mês de vida do bebê continuaram a apresentar esses indicadores aos 18 meses de vida da criança. Essa constatação revela que a depressão materna pode ser um transtorno de natureza crônica, especialmente quando em níveis leve e moderado, podendo se estender pelos primeiros meses e anos após o parto (Hammen & Brennan, 2003). Essa estabilidade de sintomatologia depressiva também foi identificada em outros estudos. Por exemplo, Beeghly, Weinberg, Olson, Kernan, Riley e Tronick (2002), ao avaliar a depressão materna em quatro momentos distintos após o parto, descobriram que mães que apresentavam sintomatologia depressiva alta dois meses depois do nascimento do bebê continuaram a apresentar esses sintomas de forma elevada durante o primeiro ano de vida da criança. É provável que a cronicidade desse quadro identificado nas mães da amostra do presente estudo também tenha influenciado os resultados no que diz respeito a uma maior evidência de intrusividade no grupo de mães deprimidas. Estudos apontam que mães cronicamente deprimidas apresentam interações mais negativas com seus filhos, se comparadas àquelas que apresentam apenas episódios depressivos breves ou sintomas intermitentes (Campbell, Cohn, & Meyers, 1995; Frankel & Harmon, 1996;

Hammen & Brennan, 2003). Nessa perspectiva, Hammen e Brennan (2003) revelaram que a depressão materna moderada tende a ser mais longa (mais crônica) que a depressão grave, e essa cronicidade encontra-se fortemente associada a resultados negativos para a saúde mental da criança.

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito ao próprio diagnóstico de depressão. De forma controversa, a literatura discute o uso de instrumentos de autorrelato, como o Inventário Beck de Depressão, ao realizar análises de interação mãe-criança no contexto de depressão materna (Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000; Goodman & Gotlib, 1999). Para alguns autores, esses instrumentos não medem necessariamente a depressão, mas sim estados afetivos gerais da mãe no momento da avaliação (Lovejoy, Graczyk, O'hare, & Neuman, 2000). Portanto, seria mais útil, em termos diagnósticos, utilizar entrevistas psiquiátricas estruturadas. No entanto, Lovejoy, Graczyk, O'hare e Neuman (2000) afirmam que tanto estudos que se basearam em entrevistas quanto em autorrelatos demonstraram que indicadores de depressão materna estão associados a aspectos negativos da interação mãe-criança (Mendes, Loureiro, & Crippa, 2008). Nesse estudo, os autores descobriram não haver diferença em relação ao tamanho do efeito naqueles estudos que utilizaram instrumentos de autorrelato (por exemplo, o BDI) e aqueles que utilizaram entrevistas diagnósticas. Nessa mesma perspectiva, como também apontaram Schwenber e Piccinini (2004), o tamanho da amostra e a ausência de quadros depressivos graves podem ter impossibilitado a identificação de diferenças entre os grupos em algumas categorias de comportamentos maternos e infantis. Como o grupo de mães deprimidas não contou com mães com níveis de depressão grave quando da filmagem da interação mãe-criança, é provável que alguns comportamentos maternos e infantis, que sejam mais influenciáveis pela gravidade no quadro, não tenham se destacado durante as análises.

Além disso, o protocolo utilizado para a avaliação da interação mãe-criança do presente estudo pode ter sido pouco sensível para captar certos comportamentos tanto da mãe quanto da criança. Esse protocolo foi baseado em outros que foram elaborados para avaliar a interação mãe-criança principalmente em díades com bebês (uma área mais tradicional de estudo de interação mãe-criança no contexto de depressão materna) de poucos meses, diferentemente da amostra deste estudo, que envolveu crianças aos 18 meses de idade. Soma-se a isso o fato de que os estudos que embasaram a elaboração do sistema de codificação foram desenvolvidos em contextos que não lidavam somente com a depressão materna e interação mãe-criança, como o LIFE coding system (Hops et al., 2003). Portanto, o protocolo deste estudo pode não ter sido adequado para lidar com todos os comportamentos, ou com os comportamentos mais relevantes, para a análise da interação mãe-criança no contexto da depressão materna.

4.1 Considerações finais

Com o objetivo de comparar a interação mãe-criança em díades com mães deprimidas e díades com mães sem depressão, este estudo utilizou um delineamento de grupos contrastantes para avaliar o comportamento interativo de mães e crianças aos 18 meses de idade. A depressão materna foi avaliada no primeiro e no décimo oitavo mês de vida da criança. No décimo oitavo mês de vida da criança, a díade foi filmada interagindo em um episódio de brincadeira estruturada. Esperava-se, de acordo com a revisão de literatura, que o grupo clínico, composto por mães com indicadores de depressão no BDI, apresentasse mais intrusividade, crítica, apatia e comando e menos envolvimento positivo, se comparado ao grupo não clínico. Quanto às crianças, esperava-se que os filhos de mães deprimidas (grupo clínico) apresentassem mais

negativismo, resistência ao contato e desobediência aos comandos maternos e menos exploração de brinquedo, envolvimento positivo, busca de proximidade e obediência aos comandos maternos, se comparados aos filhos das mães não deprimidas (grupo não clínico).

Os resultados encontrados apoiaram apenas parte das hipóteses levantadas para este estudo. A análise de cada categoria de comportamento materno revelou uma diferença significativa entre os grupos clínico e não clínico apenas na categoria *intrusividade*. Esse achado foi consistente com diversos estudos realizados com crianças de faixas etárias diferentes, mas principalmente com bebês nos primeiros meses de vida. Também foi consistente com a literatura que aponta para a existência de dois estilos predominantes de interação entre mães deprimidas e seus filhos: o intrusivo, em maior proporção, e o retraído (neste estudo, adotou-se o termo apatia para se referir a esse estilo de interação mãe-criança), o segundo estilo mais observado em alguns estudos. A análise de cada categoria de comportamento infantil revelou apenas uma tendência marginalmente significativa entre os filhos de mães deprimidas a resistirem mais ao contato com suas mães quando considerados os seis minutos de interação mãe-criança.

Esses achados demonstram coerência com a literatura revisada, apontam para as dificuldades encontradas por mães com indicadores de depressão ao lidarem com seus filhos e reforçam, juntamente com outros estudos, o fato de que a interação entre uma mãe deprimida e seu filho, embora possa assumir formas bastante heterogêneas, pode constituir uma importante preditor de resultados desenvolvimentais negativos para a criança. Nesse sentido, existe uma ampla literatura que discute os efeitos deletérios de práticas parentais intrusivas sobre o desenvolvimento infantil dentro e fora do contexto da depressão materna.

Embora a cronicidade da depressão materna não tenha constituído uma variável de análise do presente estudo, foi possível observar que, em um intervalo de 17 meses entre as duas avaliações da depressão materna, as mesmas mães continuaram apresentando indicadores consideráveis de sintomatologia depressiva. Essa cronicidade pode ter influenciado os resultados do presente estudo uma vez que a literatura aponta para a necessidade de considerá-la como uma variável importante ao estudar o impacto da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil. Sendo este estudo parte de um projeto de pesquisa longitudinal, a integração e a análise futura desses dados poderão permitir uma discussão mais aprofundada e consistente do assunto, contribuindo, dessa forma, para os avanços na área de estudos de interação mãe-criança no contexto de depressão materna.

O presente estudo apresentou algumas limitações que precisam ser levadas em consideração. O tamanho reduzido da amostra, assim como a ausência de mães com níveis de depressão grave quando da filmagem da interação mãe bebê, podem ter dificultado a identificação de diferenças entre os grupos clínico e não clínico em relação a algumas categorias de comportamento materno e infantil. Além disso, limitam a capacidade de generalização dos resultados.

O uso dos instrumentos também pode ser aperfeiçoado em estudos futuros. A utilização de um instrumento de autorrelato (BDI) para avaliar a depressão materna também tem gerado controvérsias na literatura, embora alguns autores tenham identificado efeitos prejudiciais da depressão materna sobre a interação mãe-criança tanto com o uso desse tipo de instrumento quanto com o uso de entrevistas diagnósticas psiquiátricas. O uso combinado dos dois recursos parece uma opção viável em alguns casos, pois pode dar mais certeza não só quanto à classificação diagnóstica das mães, como também quanto aos níveis de sintomatologia depressiva.

O protocolo de observação mãe-criança aos 18 meses de vida da criança, elaborado com base em protocolos de estudos anteriores, poderá ser refinado em estudos futuros com crianças nessa faixa etária ou maiores, levando em consideração outros aspectos dos comportamentos maternos e infantis mais apropriados à fase de desenvolvimento em que se encontra a criança. Por exemplo, no décimo oitavo mês de vida, a criança começa a desenvolver uma série de comportamentos em outros domínios (cognitivo, linguístico, social e comportamental) que podem, no contexto da depressão materna, servir de base para a elaboração de um protocolo de observação mãe-criança mais sensível a essas transformações.

A falta de crianças do sexo feminino na amostra não permitiu a comparação dos comportamentos maternos em relação ao gênero da criança. Alguns estudos revelam haver diferenças na forma como mães deprimidas tratam seus filhos de acordo com o sexo da criança. Estudos futuros poderiam lidar melhor com essa questão ao incluir diádes contendo crianças de ambos os sexos em suas amostras e, através de delineamentos de comparação de grupos, identificar essas possíveis diferenças.

A maioria dos estudos revisados tratava de interações mãe-bebê, sendo que poucos se dedicaram a observação da interação em fases posteriores do desenvolvimento infantil. Nesse sentido, o presente estudo contribuiu ao demonstrar que, aos 18 meses de vida, fase em que a criança passa por mudanças marcantes no que diz respeito às suas habilidades para a interação social, também é possível identificar padrões interativos de mães deprimidas com seus filhos e compará-los aos de mães não deprimidas, bem como analisar os comportamentos dos filhos. Nessa perspectiva, estudos anteriores já haviam apontado para a necessidade de considerar fases mais avançadas do desenvolvimento infantil, através de análises da interação mãe-criança.

É necessário, por fim, levar em consideração a cronicidade do quadro depressivo de mulheres que se tornam mães uma vez que a literatura aponta não só para uma maior vulnerabilidade desse público para o desenvolvimento desse transtorno, como também para o seu prolongamento para além dos primeiros meses após o parto. A cronicidade pode desempenhar um papel importante quando consideramos os efeitos da depressão materna sobre a qualidade da interação mãe-criança. Estudos longitudinais, como aquele ao qual este estudo se vincula, podem ajudar a lançar luz sobre essas questões, permitindo o acompanhamento, a avaliação da sintomatologia materna e a observação da interação das mães com seus filhos em diferentes fases do desenvolvimento infantil, em diferentes contextos e por um tempo mais prolongado. Cabe também ressaltar a importância de se investigar outras variáveis presentes no contexto da depressão materna que podem exercer uma função de moderar ou mediar os efeitos dessa depressão sobre a qualidade da interação mãe-criança como a presença paterna (Goodman & Gotlib, 1999), a rede de apoio social (Beck, 2001), o status socioeconômico da família (Rojas et al., 2010), dentre outras. Estudos posteriores também podem investigar os efeitos da parentalidade intrusiva no contexto de depressão materna. Independentemente da saúde mental dos pais, os cuidados parentais intrusivos, característicos dos padrões de interação mãe-criança no contexto da depressão materna, conforme apontam os estudos, têm sido tratados pela literatura como importantes preditores de problemas internalizantes na infância, principalmente transtornos de ansiedade (Barlow, 2002).

As implicações da depressão materna para o desenvolvimento infantil foram bem estabelecidas pela literatura. Décadas de estudos empíricos têm corroborado hipóteses sobre os comportamentos de mães e seus filhos nesse contexto, embora os mecanismos (por exemplo, herança genética, padrões de interação mãe-criança) através dos quais

ocorra essa transmissão possam ainda não estar muito claros. Filhos de mães deprimidas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais e problemas socioemocionais (Van Doesum, Hosman, & Risken-Walraven, 2005).

Diante do exposto, é importante ressaltar a necessidade de avaliar as mulheres durante a gestação uma vez que a depressão durante a gravidez também tem sido considerada uma condição pouco favorável ao desenvolvimento fetal saudável e pode, em muitos casos, persistir por alguns meses depois do parto, acentuando as dificuldades maternas em lidar de forma adequada com seus filhos (Field, 2010). Torna-se, portanto, necessário avaliar e tratar não só as mães deprimidas, como também as gestantes que se encontram nessa condição. Nesse contexto, as intervenções precisam ser práticas, simples e devem visar ao fortalecimento do vínculo entre mãe e criança, além de lidar também com aspectos contextuais como a relação conjugal, a rede de apoio social e as condições socioeconômicas (Field, 2003; Frizzo, 2008).

Em termos de intervenção em situação de depressão materna, Frizzo (2008) propõe um modelo de psicoterapia breve pais-bebê, de orientação interacional, em que pais e filhos sejam alvos simultâneos da intervenção. Dessa forma, são tratadas tanto questões relativas à parentalidade, ou relações entre pais e o bebê, como questões relativas à conjugalidade. Nesse sentido, a autora afirma que a psicoterapia breve pais-bebê torna-se uma estratégia bastante promissora, pois envolve técnicas que visam aliviar os sintomas depressivos com rapidez, modificar os padrões de interação disfuncionais de forma a mitigar os efeitos da depressão sobre as habilidades maternas para cuidar do bebê e, por fim, melhorar a relação entre o casal, quando o parceiro participa do processo psicoterapêutico.

Outras estratégias promissoras envolvem a detecção precoce da depressão materna, a psicoeducação, o fortalecimento da rede de apoio social da mãe e o fornecimento de

medicação antidepressiva quando a mãe apresenta um quadro grave e não responde ao tratamento psicoterapêutico.

A detecção precoce pode contribuir para o manejo mais adequado do quadro, o encaminhamento mais rápido, melhor adesão ao tratamento, além de evitar a cristalização de padrões interativos mãe-criança disfuncionais e mais resistentes ao tratamento posterior. Dessa forma, as intervenções precoces podem ter um efeito preventivo de problemas comportamentais infantis advindos da exposição aos efeitos da depressão materna (Frizzo, 2008).

Como a falta de uma rede de apoio social desempenha um papel importante na instalação e manutenção de sintomas depressivos maternos (Beck, 2001), estratégias que visem fortalecê-la também encontram respaldo na literatura e podem ter um efeito positivo, reduzindo os efeitos da depressão sobre a mãe e, conseqüentemente, melhorando sua interação com a criança (Field, 2003). Através de intervenções psicoeducativas, mães deprimidas podem ser informadas sobre as características da depressão materna, seus possíveis efeitos sobre a interação mãe-criança, suas prováveis conseqüências para o desenvolvimento infantil, bem como ser ensinadas estratégias que as tornem mais sensíveis e responsivas aos comportamentos de seus filhos. Quando necessário, essa estratégia pode e deve ser combinada com apoio psicoterapêutico, sob a forma de psicoterapia individual, familiar, grupal ou pais-filhos. Por fim, quando as mães apresentam um quadro de depressão grave e são pouco responsivas ao tratamento psicoterapêutico, podem-lhes ser administradas drogas antidepressivas desde que sejam considerados seus riscos tanto para o feto, se administradas durante a gestação, quanto para a criança, se amamentada.

Van-Doesum, Hosman e Risken-Walraven (2006) também desenvolveram um modelo de tratamento para mães deprimidas e seus filhos em que reúnem contribuições

de diferentes modelos psicoterapêuticos sob uma perspectiva transacional. Seu modelo enfatiza a redução de riscos e a promoção de fatores de proteção, além de incluir técnicas variadas como grupo de apoio a filhos, curso psicoeducativo para pais, intervenção familiar precoce e também avaliação precoce dos filhos de mães deprimidas. A depender do estilo característico de interação da mãe deprimida com seu filho (intrusivo ou retraído), são-lhe oferecidos modelos de como agir em determinadas situações por profissionais treinados. A técnica do vídeo feedback, que consiste na filmagem de interações cotidianas entre a mãe e a criança e a posterior análise junto com os pais, tem-se mostrado bastante eficaz na ampliação do repertório de mães que apresentam estimulação excessiva (intrusividade) ou são pouco responsivas às necessidades da criança. Também são trabalhadas as regras e crenças que as mães deprimidas têm sobre os cuidados que devem ter com os filhos, um aspecto bastante relevante, como afirma Frizzo (2008). Em suma, ao revisar os diferentes tratamentos oferecidos às mães deprimidas e sua eficácia, Nylén, Moran, Franklin e O'hara (2006) concluem que, por ser a interação mãe-criança um dos mecanismos mais maleáveis de todos os propostos até aqui para explicar a transmissão dos efeitos adversos da depressão materna para a criança, os tratamentos que têm o melhor impacto sobre a mãe, a criança e sua relação devem enfatizar a melhoria dos processos que ocorrem entre mães e filhos, bem como as necessidades individuais da mãe.

Embora nem todas as hipóteses levantadas para este estudo tenham sido corroboradas, os resultados encontrados apontam para a importância de se considerar o impacto negativo da depressão materna sobre a interação mãe-criança. No presente estudo, as mães deprimidas mostraram-se significativamente mais intrusivas do que as mães não deprimidas, e a literatura aponta o estilo parental intrusivo como um importante preditor de problemas internalizantes e externalizantes na infância. Portanto,

intervir sobre esse mecanismo pode ser uma alternativa viável e promissora para garantir uma melhor qualidade de vida tanto para as mães quanto para as crianças que se encontram nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- Albright, M. B, & Tamis-LeMonda, C.S. (2002). Maternal depressive symptoms in relation to dimensions of parenting in low-income mothers. *Applied Developmental Science, 6* (1), 24-34.
- Alvarenga, P., Palma, E. M. S, Silva, L. M. A., & Dazzani, M. V. M. (artigo submetido para publicação). Relações entre depressão materna e rede de apoio social. *Interações em Psicologia*.
- Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Lopes, R. C. S., & Tudge, J. R. H. (2009). Estabilidade e mudanças nas práticas educativas de mães e pais dos 18 para os 24 meses de vida da criança. *Interação em Psicologia, 13*(2), 253-262.
- Alvarenga, P., Dazzani, M.V.M, Lordelo, E. R., Alfaya, C. A. S & Piccinini, C. A. (2007). *Determinantes sociodemográficos, familiares e individuais do comportamento anti-social na Infância*. Manuscrito não publicado.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*: 1134–1141.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research, 50*: 275-285.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

- Beeghly, M., Weinberg, M.K., Olson, K.L., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. Z. (2002). Stability and change in the level of maternal depression symptomatology in the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3): 169-180.
- Blazer, D.G. (2000). Mood disorders: epidemiology. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th edition, vol. 1, pp.1298-1308). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Bloch, M., Schimdt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D.R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 154, 924-930.
- Brownell, C. A., & Kopp, C.B. (2007). Transitions in toddler socioemotional development: Behavior, understanding, relationships. In C.A. Brownell, & C. B. Kropp (Eds.) *Socioemotional development in the toddler years* (pp. 1-40) New York: Guilford Press.
- Capaldi, D., Chamberlain, P., & Patterson, G. (1997). Ineffective discipline and conduct problems in males: Association, late adolescent outcomes and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 343-353.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., & Meyers, T.A. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Caughy, M.O., Huang, K.Y., Lima, J. (2009). Patterns of conflict interaction in mothertoddler dyads: Differences between depressed and non-depressed mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 10-20.
- Chabrol, H., Bron, N., & Le Camus, J. (1996). Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 19, 149-152.
- Coates, A.O., Schaefer, C. A. & Alexander, J. L. (2004). Detection of postpartum depression and anxiety in a large health plan. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31, 117-133.

- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1989). Specificity of infant's response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28, 242–248.
- Colder, C. R., Mott, J. A., & Berman, A. S. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 14, 1-23.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postpartum depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cummings, M. E. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M., & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventario de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27 (1), 107-115.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., & Shear, K.(2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21–27.
- Da-Silva, V.A., Moraes, A.R., Carvalho, M.S., Martins, M.L.P., & Teixeira, N.A.(1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical Biology*, 31(6):799-804.
- De Felipe, R. P. (2009). *Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- England, M.J., & Sim, L.J. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Committee on

Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; National Research Council; Institute of Medicine.

- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, *18*, 1–13.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, *27*, 200–203.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interaction, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*:1-6.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2003). Depressed mothers who are good interaction partners versus those who are withdrawn or intrusive. *Infant Behavior and Development*, *26*, 238-252.
- Fox, C. R., & Gelfand, D.M. (1994). Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy and mother-child interactions. *Infant and Child Development*, *3* (4), 233-243.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*, 351-360.
- Frizzo, G. B. (2008). *Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão materna*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, *10*, 329–353.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development: A Dynamic Systems Approach. *Psychological Review*, *113*(1), 101–131.
- Gregory, A., & Rimm-Kaufman, S. (2008). Positive mother-child interactions in kindergarten: predictors of school success in high school. *School Psychology Review*, *37*(4), 499-515.

- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Gross, H., Shaw, D., Burwell, R., & Nagin, D. (2009). Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: A longitudinal study from childhood to adolescence. *Developmental Psychopathology*, 21(1), 139-156.
- Gross, H. E., Shaw, D.S., & Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 693-709.
- Hamilton, E. B., Jones, M., & Hammen, C. (1993). Maternal interaction style in affective disordered, physically ill, and normal women. *Family Process*, 32, 329-340.
- Hammen, C., & Brennan, P. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-260.
- Hammen, C., Shih, J., Altman, T., Brennan, P.A. (2003). Interpersonal impairment and the prediction of depressive symptoms in adolescent children of depressed and nondepressed mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:571-77.
- Hart, S., Jones, N. A., Field, T., & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdrawn depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 111-120.
- Hernshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archive of Women Mental Health*, 6 (suppl 2):S33-S42.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.

- Hops, H., Biglan, A., Longoria, N., Tolman, A., & Arthur, J. (2003). Living in family environments (LIFE) coding system. Manuscrito não publicado, Oregon Research Institute, OR.
- Hudson, J. L., & Rapee, R.M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (12), 1412-1227.
- Jameson, P. B., Gelfand, D. M., Kulcsar, E., & Teti, D. M. (1997). Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*, 9, 537-550.
- Jones, N. A., Field, T., Fox, N.A., Davalos, M., Malphurs, J., Carraway, K., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1997). Infants of intrusive and withdrawn mothers. *Infant Behavior and Development*, 20 (2), 175-186.
- Keenan, K., & Shaw, D. (1998). The development of coercive family processes: The interaction between aversive toddler behavior and parenting factors. Em J. McCord (Org.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (p. 165-180). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keller, M.B., & Boland, R.J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar depression. *Biological Psychiatry*, 44(5), 348-360.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150:662-673.
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74 (1), 5-13.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., & Nelson, C.B. (1993). Sex and depression in the national comorbidity survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29 (2-3): 85-96.
- Kim-Cohen, J., Moffit, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62, 173-181.

- Leckman-Westin, E., Cohen, P. R., & Stueve, A. (2009). Maternal depression and mother-child interaction patterns: Association with toddler problems and continuity of effects to late childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50* (9), 1176-1184.
- Levinson, D.F., Zubenko, G.S., Crowe, R.R., DePaulo, R.J., & Scheftner, W.S (2003). Genetics of recurrent early-onset depression (GenRED): design and preliminary clinical characteristics of a repository sample for genetic linkage studies. *American Journal of Medical Genetics*. 119B:118–30.
- Lovejoy, M. C. (1991). Maternal depression: effects on social cognition and behavior in parent-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *19* (6), 694-706.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 561–592.
- MacCarty, C, & MacMahon, R. (2003). Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders. *Journal of Family Psychology*, *17* (4), 545-556.
- Marcus, S. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks, and consequences. *Can J Clin Pharmacol*, *16*(1), 15-22.
- Matijasevich, A., Golding, J., Smith, G.D., Santos, I.S., Barros, A., & Victora, C. (2009).Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*,5:12.
- Mendes, A. V., Loureiro, S.R., & Crippa, J. A. (2008). Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquitria Clínica*,35(5):178-86.
- Moraes, I. G.S., Pinheiro, R.T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L.R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, *40*(1): 65-70.
- Murray, L.,Cooper, P., Hipwell, A. (2003.). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, *6* (suppl. 2), S71-7.

- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postpartum depression on infant development. *Arch Dis Child*, 77, 99-101.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease and injury series, vol. 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research Methods in the Social Sciences*. London: Arnolds.
- Najman, J.M., Andersen, M.J., Bor, W., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M. (2000). Postnatal depression – myth or reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (1): 19-27.
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D., & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377–387.
- Nolen-Hoeksema, S, Keita, G.P.(2003).Women and depression: Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 89–90.
- Nonacs, R. M. (2007). Postpartum Mood Disorders. In Cohen, L. S., & Nonacs, R. M. (eds.) *Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and Postpartum*. Review of Psychiatry, 24 (4): 77-103. American Psychiatric Publishing Washington DC.
- Nylen, K.J., Moran, T.E., Franklin, C.L., & O'Hara, M. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27, 327–343.
- O'Hara, M.W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8: 37-54.
- Patterson, G. R., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.

- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J.B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder, (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington: American Psychological Association.
- Paulson, J. F., Dauber, S., & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, *118*: 659–668.
- Peláez, M., Pickens, J., Field, T., & Hart, S. (2008). Disengaged and authoritarian parenting styles of depressed mothers and their toddlers. *Infant Behavior and Development*, *38*, 145-148.
- Radke-Yarrow, M. (1998). *Children of depressed mothers: From early childhood to maturity*. New York: Cambridge University Press.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*, 47–67.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26* (4): 289-295.
- Robson, C. (1993). *Real World Research*, Oxford: Blackwell.
- Rocha, F. L. (1999). Depressão puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *48* (3): 105-114.
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista Médica de Chile*, *138*: 536-542.
- Rosenblum, O., Mazet, P., & Bénony, H. (1997). Mother and infant affective involvement states and maternal depression. *Infant Mental Health*, *18* (4), 350-363.
- Ruschi, G. E.C., Sun, S.Y., Mattar, R., Filho, A.C., Zandonades, E., & Lima, V.J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria*, *29*(3):274-280.

- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 233-240.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., Lowet, K., & Goossens, L. (2007). The role of intrusive parenting in the relationship between peer management strategies and peer affiliation. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 239-249.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 147-156.
- Van-Doesum, K.T.M, Hosman,-C.M.H., &Riksen-Walraven J.M.(2005). A Model-Based Intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 2, 157-176.
- Wadhwa, P.D., Glynn, L., Hobel, C.J., Garite, T.J., Porto, M. (2002). Behavioral perinatology:biobehavioral processes in human fetal development. *Regulatory. Peptides*, 108,149–57.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal Depression and Its Relationship to Life Stress, Perceptions of Child Behavior Problems, Parenting Behaviors, and child Conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (3), 299-315.
- Weinberg, M.K., Tronick, E. (1997). Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: Noshpitz J, (ed.) *The handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley and Sons.
- Weissman, M.M., & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269:799-801.
- Wisner, K.L., Peindl, K.S., Gigliotti, T., & Hanusa, B.H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (3): 176-180.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar o desenvolvimento infantil e a relação mãe-bebê. A pesquisa será realizada através de entrevistas, questionários e filmagens da mãe e da criança, que acontecerão na maternidade e na residência das famílias, entre o terceiro trimestre de gestação e o sexto mês de vida da criança. As entrevistas acontecerão em data e horário previamente combinado, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo.

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

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações fornecidas por mim.

As pesquisadoras responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Profa. Dra. Patrícia Alvarenga, que poderá ser contatada pelos telefones: 32836437 ou 91564611 e a Profa. Dra. Maria Virgínia Dazzani que poderá ser contatada pelos telefones: 32836437 ou 91218173.

Data: / /

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais



FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
SAÚDE DA GESTANTE – CONTATO INICIAL

Nome da gestante:.....

Quantos anos você tem?.....

Até que série você completou na escola?.....

Você trabalha? () sim () não O que faz?.....

Esta é a sua primeira gravidez? () sim () não

A gravidez era () esperada ou foi () inesperada?

Você já sabe o sexo do seu bebê? () sim () não () masculino () feminino

Você teve ou está tendo alguma complicação na sua gravidez? () sim () não.

Se sim, qual?.....

Algum problema de saúde? () sim () não.

Se sim, qual?.....

Faz uso de alguma medicação? () sim () não.

Se sim, qual?.....

Já foi atendida alguma vez por um psiquiatra? () sim () não.

Se sim, quando?.....

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre outros filhos da gestante

| Idade | Sexo |
|-------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

O pai do bebê vive com você? () sim () não. Se sim, há quanto tempo?.....

Estado civil:.....

Como é o nome do pai do bebê?.....

Ele trabalha? () sim () não. O que faz?.....

Até que série escolar ele completou?.....

Ele é o pai do seu primeiro filho?.....

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre quem mora na casa

| Grau de parentesco com a gestante | Idade | sexo |
|-----------------------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Qual é a renda familiar?.....

Data prevista para o nascimento do bebê:.....

Nome da instituição/posto de saúde:.....

Endereço:.....

Telefones:.....

Alternativa de contato (nome):.....

Telefones:.....

Data e local da entrevista:.....

Alunos responsáveis:.....

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais



FICHA DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

Nome do bebê _____ Data de nascimento _____
 Número semanas de gestação _____ Sexo do bebê ()F ()M
 Ocorreram na gestação: Não Sim
 Ameaças de aborto () ()
 Infecções congênitas () ()
 Pressão alta () ()

Local de nascimento (hospital): _____
 Tipo de Parto: () normal () cesárea
 Peso ao nascer: _____ Comprimento: _____ Apgar (1min): _____ (5min): _____

Necessidade de manobras de reanimação: Não Sim
 () ()

Internação hospitalar: Não Sim
 Duração _____ () ()

Motivo de internação: Não Sim
 Desidratação () ()
 Pneumonia () ()
 Asma/bronquite () ()
 Acidente () ()
 Cirurgia () ()
 Outros _____

Problemas de saúde: Não Sim
 Convulsão () ()
 Trauma crânio-encefálico com perda de consciência () ()
 Defeito ortopédico () ()
 Deformidade física () ()
 Estrabismo () ()
 Outros _____

Doenças crônicas ou deficiência: Não Sim
 () ()

Medicação diária ou frequente: _____ Não Sim, diária Sim, frequente
 () () ()

Alimentação: () seio () mamadeira () mista
 Observações: _____

Adaptação da Ficha de Anamnese da Escala de desenvolvimento do Comportamento da Criança (Pinto, Vilanova & Vieira, 1997) por Cristiane Alfaya.

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar o desenvolvimento infantil e a relação mãe-bebê. A pesquisa será realizada através de entrevistas, questionários e filmagens da mãe e da criança, que acontecerão na residência das famílias, entre o 18º e o 36º mês de vida da criança. As visitas acontecerão em data e horário previamente combinado, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo.

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

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações fornecidas por mim e das filmagens realizadas comigo e com meu filho.

As pesquisadoras responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Profa. Dra. Patrícia Alvarenga, que poderá ser contatada pelos telefones: 32836437 ou 91564611 e a Profa. Dra. Maria Virgínia Dazzani que poderá ser contatada pelos telefones: 32836437 ou 91218173.

Data: / /

Nome da participante: _____

Assinatura da participante: _____

ANEXO E



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais



Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente as afirmações, diga (0,1,2 ou 3) de acordo com a afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecem se aplicar igualmente bem, diga cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- | | | |
|---|---|---|
| <p>1</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste.</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2</p> <p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 Eu acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3</p> <p>0 Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 Acho que fracasei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4</p> <p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> | <p>5</p> <p>0 Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6</p> <p>0 Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 Acho que posso ser punido.</p> <p>2 Creio que vou ser punido.</p> <p>3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7</p> <p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 Estou enojado de mim.</p> <p>3 Eu me odeio.</p> <p>8</p> <p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal acontece.</p> | <p>9</p> <p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10</p> <p>0 Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11</p> <p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado o tempo todo.</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12</p> <p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi a maior parte de meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> |
|---|---|---|

13

0 Tomo decisões tão bem quanto antes.

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

2 Tenho mais dificuldade de tomar decisões do que antes.

3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

14

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.

1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.

3 Acredito que pareço feio.

15

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16

0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo mais voltar a dormir.

17

0 Não fico mais cansado do que o habitual.

1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.

2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18

0 O meu apetite não está pior do que o habitual.

1 Meu apetite é tão bom como costumava ser.

2 O meu apetite é muito pior agora.

3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.

2 Perdi mais do que 5 quilos.

3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ___ Não ___

20

0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.

2 Estou muito menos interessado por sexo agora.

3 Perdi completamente o meu interesse por sexo.

ANEXO F



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais

**Observação da Interação Mãe-Criança – 18º mês****Rapport para a filmagem**

Como já havíamos combinado, hoje nós vamos filmar você e o bebê. A filmagem acontecerá em duas partes.

Episódio 1 – Interação livre

Para começar queremos filmar você brincando com seu bebê, como vocês normalmente fazem quando estão juntos no dia-a-dia. Depois eu vou lhe dar alguns brinquedos que nós trouxemos e filmar vocês brincando mais um pouco.

Faça como você faz normalmente quando está com tempo livre pra ficar com o bebê. Fique bem à vontade e não se preocupe com a câmera

Episódio 2 – Interação Estruturada

Agora vocês podem brincar com esses três brinquedos. Podemos continuar?



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Núcleo de Pesquisa sobre Infância e
Contextos Culturais



Estrutura de categorias para análise da observação da interação mãe-criança – 18º mês

Instrução geral para codificação: serão computados todos os comportamentos que ocorrerem dentro do intervalo de 15 segundos. Serão observados os três minutos iniciais (12 intervalos de 15 segundos) e os três minutos finais (12 intervalos de 15 segundos) das interações diádicas em situação de brincadeira. Observem isso no protocolo anexado. Cada coluna corresponde a um intervalo de 15 segundos. Há 24 colunas para serem codificadas.

Categorias de Comportamentos Infantis

- 1) **Exploração do brinquedo:** refere-se aos comportamentos da criança direcionados aos brinquedos que estão disponíveis. A criança manipula, explora e olha para os brinquedos independentemente de sua expressão facial. O comportamento é computado mesmo quando a mãe evidencia intrusividade ou envolvimento positivo. A criança segura o brinquedo, explora seus contornos, empurra-o pelo chão, observa-o com curiosidade, coloca na boca, chacoalha ou balança o objeto. Se o comportamento da criança for precedido por um comando materno e estiver de acordo com o comportamento especificado no comando, deve ser registrada a categoria 6 (Obediência) e não esta categoria.
- 2) **Envolvimento positivo:** nesta categoria codificam-se as expressões de alegria e entusiasmo em relação à mãe ou em relação à brincadeira. A criança sorri, dá

gargalhadas, dá gritinhos de alegria, emite vocalizações positivas indicando surpresa ou entusiasmo, diz palavras ou frases curtas e tenta nomear objetos, ou ainda aponta para objetos.

- 3) **Busca de proximidade da mãe:** refere-se a comportamentos que mostram que a criança esforça-se para ganhar ou reconquistar o contato com a mãe, tentando envolvê-la na brincadeira. A criança aproxima-se engatinhando ou andando, tenta pedir colo, toca ou segura a mãe, esfrega a cabeça na mãe, dá tapinhas no colo da mãe para chamar atenção ou pega em seu cabelo.
- 4) **Obediência:** refere-se aos comportamentos que indicam a obediência da criança aos comandos, ordens ou instruções maternas. Devem ser sempre precedidos de um comando materno e registrados mesmo se ocorrerem no intervalo posterior àquele em que foi dado o comando materno. Por exemplo, a mãe diz, “Olha o carrinho, filho!”, e a criança olha para o carrinho. A mãe diz, “Filho, pegue os brinquedos.”, e a criança pega.
- 5) **Negativismo:** nesta categoria codificam-se comportamentos da criança que indicam tristeza, irritação, hostilidade e agressividade. A criança chora, emite gritos e vocalizações de protesto que indicam desagrado ou irritação. A criança chora ou choraminga. A criança empurra, morde ou bate na mãe. A criança não se envolve na brincadeira apesar das tentativas da mãe de estimulá-la. Por exemplo, a mãe explora os brinquedos na frente da criança, coloca-os em sua frente e a criança não os pega, não olha para os brinquedos, olha em outra direção. Também fazem parte desta categoria os comportamentos que indicam a recusa da criança em relação a um brinquedo oferecido pela mãe. A criança joga

o brinquedo no chão ou empurra o brinquedo. A mãe entrega um brinquedo à criança, a criança pega e logo o lança para longe do seu corpo. A mãe coloca os brinquedos ao redor da criança e a criança chuta os brinquedos ou afasta-os de si com as mãos. O comportamento da criança deve ser precedido por algum comportamento materno de estimulação (ex. aproximar um brinquedo da criança ou colocá-lo na sua mão, chacoalhar o brinquedo na frente da criança, etc.).

- 6) **Resistência ao contato com a mãe:** refere-se a comportamentos que indicam que a criança evita ou afasta-se da mãe. A criança move-se para longe da mãe. Resiste a ser pego, segurado ou tocado pela mãe, distanciando seu corpo, encolhendo-se ou movendo-se para longe da mãe. A mãe se aproxima da criança, e a criança vira para o outro lado, engatinha ou corre para longe da mãe. Quando a mãe a pega no colo, a criança esperneia, bate os braços, tenta afastar a mãe de si. Quando a criança apresenta esses comportamentos após um comportamento intrusivo da mãe (Categoria 2 dos comportamentos maternos) o comportamento não deve ser registrado nesta categoria e sim na categoria 4 (Negativismo). Se a criança empurrar, bater ou morder a mãe, o comportamento deve ser registrado na categoria 4 (Negativismo) assim como as vocalizações de protesto e o choro da criança.
- 7) **Desobediência:** refere-se aos comportamentos da criança que demonstram oposição ou não execução do que foi solicitado ou ordenado pela mãe. Mãe diz: “Aperta o botãozinho, vai.”, criança não aperta. Mãe diz, “Olha o cavalo.”, criança não olha. Mãe diz, “Levanta, filho.”, criança não levanta.

Categorias de Comportamentos Maternos

1) **Envolvimento positivo/Incentivo:** Refere-se às expressões de alegria, carinho ou entusiasmo dirigidas à criança e às falas de incentivo e elogios em relação à atividade (brincar) e aos atributos da criança. A mãe demonstra entusiasmo através de sua expressão facial, sorrindo ou dando risadas. A mãe atribui qualidades positivas aos brinquedos: Ex.: A mãe diz: “Veja que bonitinho!” “Não é uma gracinha? (referindo-se ao brinquedo).” A mãe faz um elogio ao que o filho fez: Ex.: “Isso, meu lindo! Vamos lá! Muito bom/bem. Você é o amor da mamãe.” (referindo-se a alguma atividade realizada pela criança durante a brincadeira!) “Que menino lindo!” (referindo-se à criança). A mãe descreve o brinquedo ou a atividade para a criança. “Filho, isso é um caracol.” Quando a descrição do brinquedo é precedida de um comando, por exemplo, “Olha que carrinho lindo!”, deve ser codificado tanto na categoria 5 (comando) quando na categoria 1 (envolvimento positivo.) A mãe interpreta a fala da criança. A criança está balbuciando algo, tentando dizer alguma coisa, por exemplo, “ol, ol, ol”, e a mãe diz, “sim, filho, é o caracol.” Mãe dá a criança um modelo de como brincar. Por exemplo, mãe pega os potes e demonstra para criança como guardá-los ou montá-los. Mãe responde às perguntas da criança ou então faz as perguntas e responde. Por exemplo, “Isso aí é o quê? É um caracol, é?”

2) **Apatia:** refere-se às expressões de tristeza, desânimo e pouco envolvimento com a atividade da criança. Ex.: A mãe suspira e boceja; mantém a cabeça baixa em vez de erguida e atenta; olha para baixo; apóia a cabeça nas mãos, cadeira ou mesa; cruza os braços, mexe nos cabelos, óculos ou unhas; mantém os olhos fechados por alguns instantes (como se quisesse descansar ou dormir); fala: “Estou cansada!”. A mãe não se envolve com a brincadeira do filho, apenas o observa brincar. Por exemplo, a criança

explora os brinquedos enquanto a mãe apenas a observa sem interferir (descrever a brincadeira, elogiar, estimular, dar ordens, sorrir, etc).

3) **Intrusividade:** Comportamentos maternos que interrompem ou distraem a criança da atividade em que ela está envolvida ou ainda que limitam seus movimentos e a exploração dos objetos e do ambiente. Ex. A mãe introduz uma nova atividade antes de a criança ter terminado sua própria atividade; a criança está mexendo, tentando alcançar ou olhando para um objeto, e a mãe o tira do seu alcance, da sua mão ou do seu campo visual, ou ainda introduz um novo objeto; a mãe pega um brinquedo que a criança está segurando; agarra o rosto da criança para mostrar-lhe algo, voltando seu rosto para um determinado brinquedo ou para si; restringe o afastamento da criança, puxando-a, ou tomando-a nos braços quando a criança quer se deslocar pela sala. Se a mãe apenas retira o objeto com o qual a criança está brincando da sua boca ou evita que a criança o coloque na boca, sem tirá-lo da sua mão, a categoria não deve ser registrada. O comportamento intrusivo materno não deve estar relacionado à brincadeira na qual a criança está engajada. Por exemplo, a criança está brincando com o conjunto de potes, e a mãe começa a lhe entregar mais potes. Esse comportamento deve ser codificado na categoria 1 (envolvimento positivo). Porém, se a criança está brincando com os potes, e a mãe introduz outro brinquedo, por exemplo, coloca o caracol na mão da criança, esse comportamento é codificado nesta categoria. A seguir estão descritas algumas situações específicas que podem ser codificadas nesta categoria.

a) A criança está brincando com carrinho de brinquedo, e a mãe começa a balançar o chocalho em sua frente.

b) A criança abandona um brinquedo e começa a explorar algum outro brinquedo/objeto. A mãe direciona a criança novamente para o brinquedo abandonado, colocando-o novamente em sua mão ou estimulando

a criança com o brinquedo (ex. chacoalhando o brinquedo na sua frente ou usando estímulos verbais: “Olha o carrinho, filho”).

c) A criança está manipulando os brinquedos. A mãe começa a guardá-los ou a tirar os brinquedos da criança sem que a brincadeira tenha terminado.

d) A criança está explorando um brinquedo. A mãe começa a fazer cócegas na criança (em seu rosto, pernas, costas, etc) com outro brinquedo.

4) **Crítica:** verbalizações maternas que apontam para falhas nas atividades, nos objetos ou nos atributos da própria criança. Um adjetivo ou advérbio negativo que se refere a uma ação, produto ou atributo da criança tornam um comentário crítico. Ex.: Mãe diz: “Que coisa feia!” (referindo-se a algo que a criança fez. Por exemplo, uma careta, ou ao fato de ter colocado a mão na boca). “Não gostei do que você fez com o (brinquedo)”. “Você está usando o carrinho errado. Não é assim que se usa o carrinho!” “Que coisa feia você fez.” “Você tá muito preguiçoso/bagunceiro hoje.” Comentários que corrigem a criança, apontando o que está errado, são críticas mesmo se ditos de forma gentil e doce. Ex.: “Não é assim que se monta o brinquedo. Não, meu bem.” “Não é aí que coloca (a peça do brinquedo).” “Você está fazendo errado, bem.” “Isso tá errado, neném.” “Não é assim que se comporta quando tem visita em casa.” Comentários que avaliam de forma negativa ou apontam para falhas nos objetos ou no ambiente também são considerados críticas. Ex.: Mãe diz: “Este carrinho é pequeno demais”. “Não gostei deste chocalho.” “Não gosto deste (brinquedo).” “Olha, este (brinquedo) vai cair.” “Este carrinho tá quebrado/com defeito/não funciona.” Também serão codificadas nesta categoria verbalizações gerais que indicam reprovação. Ex.: “Isso não é nada engraçado. Não tô achando graça nenhuma (referindo-se ao que a

criança está fazendo).” “Não gosto quando você me responde.” “Não gosto quando você joga as coisas no chão.” “Não gostei do que você fez (referindo-se a alguma atividade da criança).” Por fim, verbalizações maternas que revelam sarcasmo ao referir-se a uma atividade, produto ou atributo da criança também serão classificadas como críticas. Ex.: “Ah, maravilha!” (referindo-se ao fato de a criança ter jogado todos os brinquedos no chão). “Você só pode estar brincando! Você chama isso de carrinho?”, “Ah, muito obrigada, viu?” (a criança espalha todos os brinquedos pela casa e mãe tem que limpar, arrumar)! (dito de forma irônica).

5) **Comando:** são ordens, instruções ou dicas, diretas ou indiretas, que indicam o que a criança deve ou não deve fazer. Podem ou não ser precedidos pelo nome da criança ou pelos pronomes tu/você. Ex. “Venha aqui. Paulinho, dá o carrinho pra mamãe.” “Empurre o carrinho.” “Por favor, desça daí (para a criança que está subindo no sofá).” “Você fique aqui quietinho que a mamãe já volta”. “Você senta aqui e brinca um pouco.” “Olha pra mamãe, filho.” “Coloque o brinquedinho no chão.” “Deixa isso (controle remoto da TV) aí, menino.” “Venha brincar, venha.”, “Coloca isso aqui, certo?” “Por que você não me dá o carrinho? Escuta! Olha/Veja (sem apontar).” “Vamos brincar. Vamos mexer no carrinho.” “Tá vendo esse carrinho?” “Devagar (dando instrução para o filho empurrar o carro devagar).” “Gostaria/quero que você me ajude a limpar isso aqui.” “Não faça isso, meu filho.” “Não jogue os brinquedos no chão.” “Para de gritar/chorar, Carlinhos.” “Pára com isso.” “Eu te falei para não jogar o brinquedo no chão.” “Nada de gritar.” “Chega de chorar.” “Para com isso (criança está correndo de um lado para o outro).” Serão codificados nesta categoria todos os comandos emitidos pela mãe, sejam eles dados de forma gentil e assertiva (ex. “Pegue o carrinho, neném”), de forma hostil e coercitiva (ex. “Me dê esse carrinho agora”) ou em

forma de pergunta (ex. “Você não vai tirar isso da boca, não?”). Caso um comando seja seguido por uma ameaça ou verbalização que indique desaprovação (ex. “Não jogue o carrinho, que mamãe não gosta quando você faz assim”), devem ser registradas as categorias 5 (Comando) e 4 (Crítica). Verbalizações que simplesmente chamam a atenção da criança para algum evento também são codificadas nesta categoria: Ex. “Filhooo!; Oh neném; João!”. Os comandos também podem ser dados de forma implícita, como quando a mãe aponta para um objeto e diz: “esse aqui, filho!”, ou apenas “esse.”

