

**A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE  
DE MÃES COM E SEM INDICADORES DE DEPRESSÃO  
NO FINAL DO PRIMEIRO ANO DE VIDA DO BEBÊ**

*Daniela Delias de Sousa Schwengber*

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

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

Porto Alegre, maio de 2002

*“E o que dizer de uma oportunidade para, simplesmente,  
dar vazão aos sentimentos - chorar, mostrar desapontamento,  
comportar-se infantilmente?  
Isto pode ser mais terapêutico, para algumas mães,  
do que conter as frustrações...”*

*T. Berry Brazelton*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi concebido a partir de um desejo: conhecer um pouco mais os caminhos da maternidade. E não teria nascido sem a ajuda preciosa daqueles que me cercam.

Agradeço, inicialmente, ao meu orientador, Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini, por sua dedicação, companheirismo e incentivo. Do nosso convívio, levo principalmente o exemplo de humildade e um olhar mais crítico e amadurecido para novas questões acadêmicas e profissionais;

Agradeço às mães e bebês que participaram da pesquisa, permitindo-me compartilhar tão intimamente de suas trocas de olhares, falas e brincadeiras. Penso que a grandiosidade de suas experiências, êxitos e dificuldades possa falar um pouco dos sentimentos, encontros e desencontros de tantas outras mães e bebês que buscam o conhecimento mútuo;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, agradeço os ensinamentos teóricos e metodológicos recebidos ao longo do Mestrado, especialmente ao carinho e incentivo da Prof. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes;

Agradeço à Caroline Reppold, Clarissa Menezes, Elisa Castro, Lisiane Oliveira, Lenisa Brandão, Luciano Lorenzatto, Marúcia Bardagi, Verônica Petersen e Viviane de Léon, queridos colegas de curso, pela carinhosa acolhida em Porto Alegre e pelos tantos momentos juntos;

À equipe do GIDEP - Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia da Ufrgs, meus mais sinceros agradecimentos pelo apoio na coleta, edição e transcrição dos dados. Em especial, agradeço ao dedicado e competente trabalho de Aline Vianna, Sheila Weremchuk e Tonantzin Ribeiro na edição e codificação dos vídeos;

Ao querido funcionário Alziro Pereira dos Santos, agradeço não apenas a incansável correria para atender às solicitações técnicas da pesquisa, mas principalmente por sua torcida e amizade;

Agradeço aos colegas e usuários do Centro de Atendimento à Saúde Escolar, da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas, pelo apoio na realização do curso. O prazer de compartilhar a experiência do desenvolvimento de tantas crianças e suas famílias tornou o trajeto Porto Alegre - Pelotas muito mais agradável;

Agradeço à amiga Luciana Anselmi Duarte da Silva, pelo incentivo à realização do Mestrado;

Aos Profs. Alfredo Lhullier, Angela Marasco, Eunice Wreege, Maria da Graça Sousa, Lúcia Grigolleti, Paulo Luís Sousa, Ricardo Silva e Ricardo Pinheiro, primeiros grandes incentivadores do meu crescimento profissional, o meu muito obrigada de sempre;

Aos queridos amigos Rosmeri Scherer, Jaime Weber e ao bebezinho que está por vir, e à Darci e Ana Posthinger, pela cumplicidade de todos os dias; à Márcia e Cláudio Potter, Andréa Wagner e Rafael Tubino, pelo carinho que se mantém à distância;

Àqueles que estiveram presentes em todos os momentos no meu coração, motivando cada segundo da realização deste trabalho e tornando menos difíceis as ausências: meus pais, Ari e Amélia, minhas irmãs, Aline e Ana, meus avós, Ari, Vani e Clara Hilda, meus sogros Afonso e Ilani e à toda família Schwengber: Iara, Paulo, Nádia e Rê; Ione e Rogério; Branca, João, Ana e Lara; Bela, Mico e Henrique. Agradeço também o apoio do meu cunhado Rubilar, um novo e bastante presente amigo;

Ao meu grande amor, José Ernani, por acreditar que este sonho é parte importante de uma linda história de sonhos e realizações que começamos a construir há catorze anos. Tenha certeza de que nas horas mais difíceis teus olhos refletiram o que há de melhor em mim. À ti dedico esta conquista.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b>	
Características da depressão materna e fatores associados à sua ocorrência .....	10
Depressão materna e desenvolvimento infantil .....	15
A interação mãe-bebê como objeto de estudo .....	18
Depressão materna e interação mãe-bebê .....	19
<b>Objetivos do estudo</b> .....	27
<b>CAPÍTULO II - MÉTODO</b>	
Participantes .....	29
Delineamento e Procedimentos .....	33
Instrumentos e Material .....	33
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	
<b>Parte I</b>	
Examinando a interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão em uma situação de interação livre .....	36
Discutindo a interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão em uma situação de interação livre .....	41
<b>Parte II</b>	
Examinando as impressões das mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade .....	48
Discutindo as impressões das mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade .....	72
<b>Considerações finais</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A: Ficha de contato inicial .....	97
ANEXO B: Consentimento informado .....	98
ANEXO C: Observação da interação familiar .....	99
ANEXO D: Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre .....	100
ANEXO E: Categorias de comportamentos maternos e infantis .....	101
ANEXO F: Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade aos doze meses .....	104
ANEXO G: Inventário Beck de Depressão .....	106

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados demográficos das mães com indicadores de depressão.....	31
Tabela 2: Dados demográficos das mães sem indicadores de depressão.....	32
Tabela 3: Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para o total de escores de comportamentos maternos e infantis nos grupos com e sem indicadores de depressão.....	39
Tabela 4: Incidência média, desvio padrão e nível de significância para cada categoria de comportamentos maternos nos grupos com e sem indicadores de depressão.....	40
Tabela 5: Incidência média, desvio padrão e nível de significância para cada categoria de comportamentos infantis nos grupos com e sem indicadores de depressão.....	40
Tabela 6: Síntese dos relatos das mães com e sem indicadores de depressão para cada categoria temática analisada .....	73

## RESUMO

O presente estudo examinou as eventuais diferenças na interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão, bem como as impressões das mães sobre a experiência da maternidade no final do primeiro ano de vida do bebê. Participaram do estudo 26 díades mãe-bebê, sendo 15 com mães sem indicadores de depressão e 11 com mães com indicadores de depressão. As mães foram designadas aos dois grupos com base nos escores obtidos no Inventário Beck de Depressão. Foi realizada uma observação da interação das díades durante uma sessão de brinquedo livre. As mães também responderam a uma entrevista sobre a experiência da maternidade. Análise multivariada dos totais de comportamentos maternos e infantis revelou que mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da exploração de brinquedos pelos bebês, assim como seus filhos mostraram mais afeto negativo durante a interação. Análise de variância realizada separadamente para cada categoria de comportamentos maternos mostrou que mães com indicadores de depressão evidenciaram mais apatia, mantiveram menos a atenção de seus filhos nos brinquedos e demonstraram menos ternura e afeição. Análise de variância realizada separadamente para cada categoria de comportamentos infantis mostrou que bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram mais vocalizações negativas. Análise de conteúdo das entrevistas mostrou que, apesar da ocorrência de várias semelhanças entre os grupos, mães com indicadores de depressão apresentaram mais impressões negativas do que mães sem indicadores de depressão. Estes resultados apoiam as expectativas de que a presença de indicadores de depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê está associada a uma relação mãe-bebê menos adequada e a manifestações mais negativas das mães sobre a experiência da maternidade.

## ABSTRACT

The present study examined the eventual differences in mother-infant interaction between mothers with and without depression indicators, as well as mother's impressions about the experience of motherhood at the end of the baby's first year of life. Twenty-six mother-infant dyads, fifteen of which mothers without depression indicators and eleven with depression indicators were studied. Beck Depression Inventory scores assigned the mothers to the two groups. Observation of the dyads' interaction during a free-play session was carried out. Interview focusing on the experience of motherhood was also carried out. Multivariate analysis of variance for the maternal and infant behaviors mean scores revealed that mothers with depression indicators presented less facilitator behaviors of the babies' toys exploration and her babies showed more negative affect during the interaction. Analysis of variance analysis carried out separately for each category of maternal behaviors showed that mothers with depression indicators showed more evidence of apathy, kept less attention of their babies to the toys and displayed less tenderness and affection. Analysis of variance carried out separately for each category of infant behaviors showed that babies of mothers with depression indicators presented more negative vocalizations. Despite the occurrence of many similarities between the groups, content analysis of the interviews showed that mothers with depression indicators presented more negative impressions than mothers without indicators. These results support the expectancies that the presence of maternal depression indicators at the end of the baby's first year of life is associated with less appropriate mother-infant relationship and with more negative maternal manifestations concerning the experience of motherhood.



# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

A interação mãe-bebê e sua relação com o desenvolvimento posterior da criança representa uma área de grande interesse entre os pesquisadores do desenvolvimento infantil. As investigações conduzidas nesse sentido têm enfatizado tanto as contribuições maternas quanto as contribuições do próprio bebê para a qualidade da interação (Bowlby, 1989; Brazelton, Cramer, Kreisler, Schappi & Soulé, 1987). Dentre os fatores que contribuem com o processo interativo, o papel exercido pela depressão materna tem sido abordado por inúmeras investigações nas últimas décadas, devido às evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em consequência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990).

O exame da literatura demonstra que grande parte dos estudos que versam sobre a interação bebê-mãe deprimida aborda as implicações da depressão materna na interação nos primeiros meses após o nascimento da criança, considerando-se a maior incidência dos quadros depressivos nesse período. No entanto, evidências de que muitas mulheres permanecem com os sintomas por um período prolongado enquanto outras começam a se sentir deprimidas mais tardiamente no primeiro ano após o parto apontam para a necessidade da realização de investigações que abordem o problema em períodos mais avançados do desenvolvimento do bebê (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994). Além disso, a maioria dos estudos realizados enfatiza apenas a avaliação da qualidade da interação que se estabelece entre mãe e bebê, pouco explorando os sentimentos de mulheres com depressão a respeito da experiência da maternidade.

Nesse sentido, o presente estudo visou examinar, um ano após o parto, a interação entre mães com indicadores de depressão e seus bebês, bem como suas impressões sobre a experiência da maternidade. Verificou-se também esses aspectos em um grupo de mães sem indicadores de depressão, com o objetivo de apontar para eventuais semelhanças e particularidades de cada grupo. Inicialmente, serão examinadas algumas características da depressão materna e fatores associados a sua ocorrência. Em um segundo momento, serão revisadas suas implicações no desenvolvimento infantil. Por fim, serão feitas algumas

---

<sup>1</sup> Parte do conteúdo deste capítulo foi submetido à publicação, com o título “O impacto da depressão materna na interação mãe-bebê”, na revista *Estudos de Psicologia*, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

considerações a respeito da interação mãe-bebê como objeto de estudo, particularmente em situações envolvendo depressão materna.

### **Características da depressão materna e fatores associados à sua ocorrência**

O nascimento de um bebê, principalmente em se tratando do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Maldonado, 1990; Szejer & Stewart, 1997). A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Os sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus & cols., 2000). Ao caracterizar a depressão pós-parto, Dractu (1997) ressaltou que embora ela apresente manifestações típicas dos demais transtornos depressivos, esse quadro de depressão tem uma apresentação atípica. Segundo o autor, os cuidados intensivos com a criança podem obscurecer os sintomas biológicos da patologia materna. Além disso, mães deprimidas podem negar a presença de tristeza e angústia por considerarem que a chegada do bebê deva representar unicamente uma ocasião festiva, imprópria para demonstração desses sentimentos.

Os distúrbios do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a *baby blues* e as psicoses puerperais (Souza, Burtet & Busnello, 1997). O primeiro quadro, que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, porém geralmente tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais freqüentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. A incidência desse quadro, de acordo com os autores, é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da depressão materna não surgem imediatamente no período pós-parto, mas em algum outro momento do desenvolvimento da criança, principalmente ao longo do seu primeiro ano de vida (Cooper & Murray, 1995; Klaus & cols., 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995). Para esses

autores, ainda que o quadro evidencie características específicas nos meses que se seguem ao nascimento da criança, similaridades em relação à incidência, prevalência, características clínicas e fatores associados sugerem pouca distinção entre as depressões que acometem mães de crianças pequenas, independentemente de suas idades (Cooper, Campbell, Kennerley, Day & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993).

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido ressaltada em diversos estudos (Hopkins, Marcus & Campbell, 1984; O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984). De acordo com a literatura, há poucas evidências de que a presença da depressão materna esteja associada apenas a mecanismos biológicos, como por exemplo a uma diminuição nos níveis hormonais, o que explicaria a depressão como resultado de alterações metabólicas (Carnes, 1983). Nesse sentido, grande parte dos estudos enfatiza que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a depressão materna. Por exemplo, Reading e Reynolds (2001) classificaram os fatores de risco para a depressão materna em três categorias. A primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da nova mãe, particularmente com o seu parceiro. De fato, uma série de estudos tem evidenciado que existe associação entre a ocorrência da depressão materna e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento (Beck, Reynolds & Rutowsky, 1992; Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 1986; Brown & cols., 1994; Kumar & Robson, 1984; Deal & Holt, 1998; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999; Pfof, Stevens & Lum, 1990). A segunda categoria de fatores sugerida por Reading e Reynolds relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes. Algumas evidências apontam para uma associação entre a depressão materna e o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê (Kumar & Robson, 1984), a dificuldade em amamentar (Warner, Appleby, Whitton & Faraguer, 1996) e a dificuldades no parto (Brown & cols., 1994). Em relação aos eventos de vida estressantes, alguns estudos mostram associação entre a depressão da mãe e problemas de saúde da criança (Romito & cols., 1999), além de dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho (Hock & DeMeis, 1990; Murray & cols., 1995). A terceira categoria sugerida por Reading e Reynolds (2001) refere-se à relação existente entre a presença de depressão e adversidades sócio-econômicas.

Variáveis sócio-demográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da depressão materna (Romito & cols., 1999). Contudo, entre esses fatores o estado civil tem aparecido em

alguns estudos como mais associado à depressão materna, especialmente entre mães solteiras sem apoio social. Por exemplo, o estudo de Pfof e cols. (1990) revelou que o estado civil, os sintomas depressivos anteriores ao parto e as dificuldades na gravidez predisseram o nível de depressão pós-parto. Para os autores, estressores somáticos na gravidez podem desencadear sintomas depressivos que persistem após o parto, principalmente em mães solteiras, que não contam com o apoio de um parceiro. Em outro estudo que avaliou a contribuição de fatores sócio-demográficos para a ocorrência da depressão materna, Deal e Holt (1998) encontraram que a prevalência desses sintomas variou de acordo com a idade, a raça e o estado civil das mães. Esse estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos entre mães adolescentes nos Estados Unidos, avaliou que a depressão das novas mães estava associada com a pouca idade, com a raça negra, estado civil de solteira, baixo nível educacional e suporte social inadequado. Apoiando esses resultados, Brown e cols. (1994), em um estudo que avaliou a incidência de depressão e a experiência da maternidade oito e nove meses após o parto, encontraram que a depressão materna nesse período estava associada principalmente com a ausência de um parceiro, com complicações obstétricas e insatisfação com os cuidados recebidos na maternidade. No entanto, nesse estudo a idade da mãe, seu nível educacional e renda familiar não estiveram associados com a ocorrência de depressão.

Além dos fatores destacados acima, alguns estudos revelaram que história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe, incluindo a *baby blues*, também predizem a ocorrência posterior de depressão materna (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus & cols., 2000). Baseados nessa concepção, Beck e cols. (1992) desenvolveram um estudo que demonstrou a existência de associação entre a presença da *baby blues* na primeira semana após o parto e a ocorrência de depressão entre a sexta e a décima segunda semana após o parto. Endossando esse ponto de vista, Klaus e cols. (2000) afirmaram que a ocorrência de história anterior pessoal ou familiar de depressão aumenta a probabilidade da depressão materna, sem desconsiderar a importância da contribuição de fatores psicossociais atuais. Cramer e Palácio-Espasa (1993), no entanto, defenderam o desatrelamento entre as psicopatologias da parentalidade após o nascimento e a estrutura de personalidade da mãe. Com isso, postularam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia preexistente da mãe.

Alguns autores ressaltaram o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais após o nascimento de um

bebê (Maldonado, 1990; Soifer, 1980). Nesse sentido, conceberam que tais distúrbios podem ter origem no conflito da mulher em assumir o papel materno, o que tornaria necessário um redimensionamento da própria identidade. Da mesma forma, Stern (1997) afirmou que, com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de uma reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Embora a experiência da maternidade de mulheres que apresentam sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). Alguns desses estudos mostraram que mães deprimidas definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente (Milgron & McCloud, 1996) e relataram menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não-deprimidas (Anderson, Fleming & Steiner, 1994; Brown & cols., 1994; Fowles, 1996; Panzarine, Slater & Scharps, 1995).

Por exemplo, ao examinarem o que mães deprimidas e não-deprimidas teriam a dizer a respeito de suas experiências como mães quando os bebês tinham oito e nove meses de vida, Brown e cols. (1994), em um amplo estudo que investigou uma série de aspectos relacionados à experiência da maternidade entre australianas, verificaram que mães deprimidas enfatizavam temas relacionados à saúde da criança, necessidade de recuperação física devido à exaustão, isolamento, falta de apoio e problemas conjugais. Na continuação do estudo, dois anos após o parto, mulheres que tinham estado deprimidas aos oito e nove meses de vida do bebê demonstraram maior nível de estresse, insatisfação e mudanças de vida negativas do que mulheres que não haviam estado deprimidas. Mais especificamente, consideraram-se pouco apoiadas por seus parceiros, relataram problemas em seus relacionamentos, estresse relacionado a mudanças em casa, dificuldades financeiras, doença ou morte na família, doença própria e desentendimentos com familiares ou amigos. Nesse estudo, as autoras encontraram também que mães deprimidas tenderam a descrever seus bebês como crianças com temperamento difícil. Essa tendência encontrada pelas autoras apoiou os resultados de alguns estudos anteriormente desenvolvidos, como o de Hopkins, Campbell e Marcus (1987), que examinaram as impressões de mães deprimidas

nove semanas após o parto, o de Whiffen (1990), que examinou as impressões de mães deprimidas dois anos após o parto, e o de Mebert (1991), que examinou as expectativas de mulheres grávidas sobre o temperamento infantil em dois momentos da gestação e três meses após o parto. Os resultados desses estudos mostraram que gestantes e mães deprimidas imaginaram e consideraram seus bebês como mais difíceis e inadaptados do que o fizeram gestante e mães não-deprimidas.

Em relação a isso, cabe também salientar que alguns autores apontaram para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna (Cutrona & Troutman, 1986). Em um estudo que examinou as relações existentes entre o temperamento do bebê aos dois meses e a depressão materna na gravidez e dois meses após o parto, Cutrona e Troutman encontraram que o temperamento do bebê contribuiu direta e indiretamente para a depressão materna nos meses que se seguiram ao parto. A contribuição indireta do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, de acordo com os autores, ocorreu em virtude de que, diante de um bebê mais difícil, as mães perceberam a si mesmas como desempenhando uma maternagem mais pobre. Contudo, ao avaliarem a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, Cummings e Davies (1993) chamaram a atenção para a necessidade da realização de estudos que avaliassem o comportamento neonatal antes da ocorrência da depressão da mãe. Os autores consideraram que os resultados encontrados por Cutrona e Troutman deveriam ser interpretados com cautela, tendo em vista a possibilidade de que os bebês já sofressem o impacto das alterações do estilo interativo da mãe deprimida, uma vez que estavam com dois meses de idade no momento da investigação.

Endossando a concepção de que as evidências da influência das variáveis infantis no humor da mãe não são conclusivas, Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996) avaliaram o comportamento neonatal de bebês de mães primíparas que na gestação foram avaliadas como tendo risco para o desenvolvimento de depressão após o nascimento do bebê. Os resultados encontrados indicaram que funcionamento motor pobre e alto nível de irritabilidade dos bebês entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estiveram associados ao início da depressão da mãe dois meses depois do parto. De acordo com os autores, esses resultados indicam que fatores neonatais podem causar um impacto significativo no estado mental da mãe.

Como pode ser visto, os estudos revisados indicam que a ocorrência da depressão materna está associada a uma série de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que se inter-relacionam. Além disso, a literatura aponta também para o caráter conflituoso

da experiência da maternidade como um fator de risco para a depressão materna, uma vez que a maternidade implicaria na assunção de novos papéis e em mudanças profundas na identidade da mulher. Os estudos sugerem também que mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas. Tendo em vista que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no desenvolvimento do bebê, a seguir serão revisados os estudos que investigaram a relação entre a depressão materna e o desenvolvimento infantil.

### **Depressão materna e desenvolvimento infantil**

A literatura aponta que crianças de pais deprimidos têm de duas a cinco vezes maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento (Dodge, 1990). O impacto da depressão materna, de acordo com Cummings e Davies (1994), deve ser considerado dentro de um contexto familiar mais amplo, no qual atuam elementos interdependentes. Nesse sentido, o modelo de compreensão das implicações da depressão materna no desenvolvimento infantil proposto pelos autores considerou as características maternas, as relações mãe-criança, o funcionamento do casal e as características da criança. Em relação às características maternas, Cummings e Davies afirmaram que o impacto da depressão na criança vai depender de como a depressão afeta o comportamento, a cognição e as emoções da própria mãe. Nessa perspectiva, a depressão afeta a criança pela alteração dos modelos de interação mãe-criança ou pelo aumento da discórdia entre o casal, que tem efeitos negativos no desenvolvimento infantil. Quanto às relações mãe-criança, os autores afirmaram que a depressão tem sido freqüentemente associada com o empobrecimento das estratégias maternas de manejo com a criança, podendo interferir no desenvolvimento do apego mãe-bebê. Já a relação entre a depressão materna e o funcionamento do casal foi descrita pelos autores sob três aspectos: como um processo que pode predispor à desordem psiquiátrica; como um processo pelo qual a desordem psiquiátrica empobrece o relacionamento do casal; e como um processo pelo qual ambos são causados por condições prévias. Por fim, os autores abordaram a relação entre depressão materna e características da criança partindo do entendimento de que a criança não é um recipiente passivo dos estímulos ambientais, mas, sim, um participante ativo na formação de suas trajetórias de desenvolvimento e nos efeitos dessas trajetórias. Os autores ressaltaram também a importância da transmissão genética no desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais na criança, concebendo, no entanto, que outros

mecanismos operam igualmente bem nesse sentido: o ambiente e os efeitos da interação. Nessa perspectiva, a transmissão da depressão dos pais para a criança ocorreria na medida em que a depressão parental leva a uma desorganização na parentalidade e no ambiente familiar, que, por sua vez, conduz ao funcionamento mal-adaptativo da criança.

Ao situar a interação com a mãe como o caminho pelo qual a maioria das influências do mundo chegam ao bebê, Stern (1997) também concebeu a psicopatologia infantil em termos de problemas que ocorrem na interação mãe-bebê. Para o autor, influências patogênicas poderiam estar associadas a fatores sociais, econômicos e culturais, mas só teriam um impacto sobre o bebê na medida em que influenciassem a díade mãe-bebê. Portanto, fatores externos que poderiam afetar a saúde mental posterior da criança teriam significado apenas quando traduzidos na linguagem interativa. Mazet e Stoleru (1990) também caracterizaram as psicopatologias que envolvem recém-nascidos como sendo perturbações interativas, na medida em que os transtornos do bebê não se encontram organizados em uma estrutura psicopatológica clara, mas tendem a ser construídos na relação mãe-bebê. Sendo assim, afirmaram que a etiologia das perturbações pode estar ligada a fatores próprios da criança, à patologia prévia dos pais, ou a uma combinação de ambos. Da mesma forma, ao defenderem uma abordagem interdisciplinar das perturbações apresentadas pelo bebê, Brazelton e cols. (1987) afirmaram que a psicopatologia do bebê relaciona-se à psicopatologia da interação, devendo ser considerado igualmente na investigação dos sintomas o que se mostra observável e o cenário fantasmático por trás da manifestação da desordem.

Alguns estudos examinaram, em particular, a relação entre a ocorrência de depressão materna e problemas de comportamento da criança. Por exemplo, Caplan e cols. (1989) avaliaram a depressão de mulheres primíparas em diferentes estágios: gravidez, terceiro, quarto, décimo segundo mês e quarto ano de vida da criança. Os autores concluíram que mães que mantiveram os sintomas de depressão aos quatro anos de idade de seus filhos relataram mais desordem comportamental nos mesmos do que mães que não mais apresentaram os sintomas nesse período. Esses resultados foram apoiados por Leadbeater, Bishop e Raver (1996), que avaliaram a ocorrência de depressão materna em três momentos durante o primeiro ano de vida do bebê e aos vinte e oito e trinta e seis meses, bem como a qualidade da interação mãe-bebê aos vinte meses e relatos de problemas de comportamento na criança. Os resultados mostraram que a presença de sintomas depressivos nas mães no primeiro ano estava associada com problemas na interação com a criança aos vinte meses. Os autores encontraram também que os sintomas



de depressão, que se mantiveram aos vinte oito e trinta e seis meses, estavam relacionados a relatos maternos de problemas de comportamento da criança nessa idade.

Estudos têm apontado também para o impacto da depressão materna no desenvolvimento cognitivo e na competência social da criança. Hay e Kumar (1995) avaliaram a presença de depressão durante a gravidez e aos três e doze meses de vida do bebê. Os resultados mostraram uma associação positiva entre ocorrência de depressão materna no primeiro ano de vida da criança e o decréscimo no desempenho cognitivo da criança aos quatro anos de idade. Murray, Fiori-Cowley, Hooper e Cooper (1996) também examinaram o impacto da depressão materna no desenvolvimento cognitivo do bebê aos dezoito meses. Os autores mostraram que um baixo desenvolvimento cognitivo nessa idade estava associado a distúrbios na qualidade da interação com a mãe deprimida aos dois meses de vida do bebê.

Em relação ao impacto da depressão materna na competência social da criança, uma investigação conduzida por Goodman, Brogan, Lynch e Fielding (1993) evidenciou que crianças de mães deprimidas foram taxadas como menos populares por seus professores, mas não apresentaram escores menores de autoconceito, competência no autocontrole ou nas habilidades em relacionamentos com pares quando comparadas a crianças de mães sem indicadores de depressão. Os autores ressaltaram a importância da utilização de um modelo que considere múltiplos fatores de risco para a compreensão da relação entre depressão materna e competência social da criança. Essa concepção baseia-se na conclusão de que uma menor competência social e emocional da criança estava também associada com a presença de desordem psiquiátrica no pai e à idade e gênero da criança.

Evidências empíricas apontam também para as implicações da depressão materna na qualidade do apego estabelecido entre a mãe e a criança. Murray, Fiori-Cowley e cols. (1996) examinaram o impacto da depressão materna no apego do bebê aos dezoito meses. Os autores encontraram que mães que estiveram deprimidas dois meses após o nascimento foram menos sensíveis e atentas aos bebês aos dezoito meses. Além disso, mostraram-se menos afirmativas e mais negativas em relação ao desenvolvimento dos bebês. Os autores concluíram que a qualidade do apego era influenciada não só pela depressão materna após o nascimento do bebê, mas também pelas experiências da mãe sobre o seu próprio nascimento e a natureza do relacionamento com sua própria mãe.

Os estudos revisados são consistentes ao afirmar que a depressão materna após o nascimento do bebê implica em importantes conseqüências para o desenvolvimento infantil, especialmente no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e

de comportamento da criança. Da mesma forma, diversos autores têm enfatizado que a depressão da mãe afeta o bebê ao interferir negativamente na interação estabelecida entre a díade. Tendo em vista a estreita relação entre depressão materna e interação mãe-bebê, serão examinadas a seguir, de um ponto de vista teórico e metodológico, algumas concepções acerca do estudo da interação mãe-bebê.

### **Interação mãe-bebê como objeto de estudo**

Os teóricos psicanalistas que contribuíram para o estudo das primeiras relações mãe-bebê desenvolveram seus conceitos baseados nas concepções pioneiras de Freud a respeito da importância das relações iniciais para o estabelecimento das demais relações objetais ao longo do desenvolvimento. Sendo assim, os psicanalistas deram grande ênfase ao papel desempenhado pela mãe, bem como à dependência infantil em relação à figura materna (Mahler, Pine & Bergman, 1977; Spitz, 1979; Winnicott, 1982). Ao reavaliar a concepção tradicional da natureza dependente da ligação entre mãe e bebê, Bowlby (1989) afirmou que o vínculo mãe-bebê não se baseava apenas na gratificação oral, mas também em uma tendência inata do bebê no sentido de ativar um sistema de manutenção de proximidade com a mãe ou figura cuidadora. Nessa perspectiva, integrando à teoria psicanalítica conceitos oriundos da etologia e da teoria dos sistemas, Bowlby (1984a; 1984b) desenvolveu a teoria do apego, cujas concepções foram fundamentais para a busca de evidências empíricas a respeito do papel ativo do bebê na interação (Cramer & Palácio-Espasa, 1993).

A formulação teórica de Bowlby impulsionou o desenvolvimento de um grande número de estudos na área da interação mãe-bebê. Esses estudos utilizaram fundamentalmente a observação como método de pesquisa para investigar a qualidade da interação da díade mãe-bebê, a partir da ênfase na interação como um processo bidirecional e na importância da sensibilidade da mãe para o desenvolvimento afetivo do bebê (Belsky, Taylor & Rovine, 1984; Brazelton, 1988; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Isabella, Belsky & von Eye, 1989; Klaus & Kennell, 1993; Klaus & cols., 2000; Mazet & Stoleru, 1990; Stern, 1992, 1997).

O processo de interação mãe-bebê desde a perspectiva da mútua influência, passou a ser estudado em termos dos sinais comunicativos estabelecidos entre a díade em interação, como a troca de olhares, as vocalizações e o contato físico. Nesse sentido, Mazet e Stoleru (1990) apontaram para a importância da observação da reciprocidade na interação

mãe-bebê, um conceito que diz respeito à maneira como cada parceiro recebe os sinais do outro e à maneira como responde a esses sinais. De acordo com os autores, perturbações nos padrões de reciprocidade entre a díade estão diretamente relacionadas à qualidade da interação, na medida em que a presença da reciprocidade em maior ou menor grau caracteriza a interação como positiva ou não. Dentro dessa perspectiva de se examinar o ajuste mútuo entre a díade, a contribuição do bebê em relação ao caráter cíclico da interação, ou seja, a sucessão de momentos de reunião e suspensão do processo interativo, pode ser examinada a partir da alternância de sua atenção frente à estimulação da mãe (Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Mazet & Stoleru, 1990; Tronick & Cohn, 1989). Para Brazelton e cols. (1987) uma mãe sensível às mudanças na disponibilidade do bebê para estar em interação consegue adaptar seus comportamentos ao ritmo da criança, contribuindo para o alcance de um ajuste, entendido como sincrônico.

O papel do ritmo atenção-desatenção na interação mãe-bebê foi bastante enfatizado por Brazelton e Cramer (1992) ao proporem que a interação dos bebês com suas mães depende de um ciclo de atenção seguida de retraimento, isto é, o parceiro que começa a interação aproxima-se e depois se retrai, esperando a resposta do outro participante. Para os autores, a força da interação rege o significado do comportamento de cada um dos participantes. De acordo com essa concepção, a maneira como uma mãe responde a um estímulo do bebê contribui para o aumento da interação ou o desligamento do bebê ou vice-versa. Os autores destacaram também a importância da contingência na interação mãe-bebê, definindo-a em termos dos padrões de respostas adequados aos sinais, às necessidades e às comunicações emocionais do parceiro. Trata-se, segundo os autores, de uma manifestação de disponibilidade, que revela uma empatia e a capacidade de ser afetado pelo estado interior do parceiro.

A atenção dada, a partir desses estudos, aos pormenores das interações recíprocas tem permitido o estudo de observação de seqüências interativas sintomáticas (Cramer & Palácio-Espasa, 1993), como aquelas em que se registra a presença da depressão materna na interação mãe-bebê.

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

Muitos pesquisadores contribuíram para a investigação do papel da depressão materna na interação mãe-bebê. Por exemplo, Spitz (1979), ao tratar da relação entre

depressão materna e coprofagia, assinalou que a “perda” da mãe que entra em depressão não é uma perda física, como quando a mãe morre ou desaparece. Segundo o autor, trata-se de uma perda emocional, na medida em que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera os signos que a identificavam como um “objeto bom” para a criança. Para o autor, mesmo que a mãe se mantenha fisicamente como era, o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão, na medida em que a mãe mostra-se emocionalmente mais distante. Tal perda, segundo Spitz, só pode ser vivenciada sob forma semelhante no primeiro ano de vida, sendo específica desse período.

O caráter natural da depressão experimentada por algumas mães durante o período inicial de recuperação após o parto foi ressaltado por Brazelton (1988). Essa depressão materna, segundo o autor, apresenta um lado positivo: a hipersensibilidade da mãe contribui para que ela procure meios de compreender seu bebê. Como se fosse um consolo para seus sentimentos de desorganização, a mãe busca um comportamento organizado no seu bebê. Brazelton ressaltou ainda que a depressão pode também ser útil no sentido de auxiliar a mãe a se afastar do seu antigo mundo, com o que ganha tempo para desenvolver sensibilidade e responsividade com seu bebê. Contudo, Brazelton e Cramer (1992) salientaram que a depressão materna também se constitui em um dos mais frequentes fatores que afetam a contingência da interação mãe-bebê. Os autores mostraram que até mesmo as formas mais brandas de depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida em que ele perceberia as mínimas deficiências na contingência do comportamento materno.

Para alguns autores, as depressões maternas contemporâneas se apresentam algumas vezes sob formas pouco evidentes (Mazet & Stoleru, 1990). Os quadros são mais tórpidos e latentes, camuflados sob a máscara da astenia e queixas somáticas, as quais estão relacionadas à pobreza da interação, à ausência ou a pouca harmonização afetiva. Mazet e Stoleru salientaram que as mães deprimidas são inseguras em suas capacidades maternas, o que leva a um afrouxamento da atenção da criança e ao desvio do olhar, característico de uma microrejeição. Já a mãe, sentindo-se rejeitada, suspende a interação, no sentido de uma parada momentânea que tem o objetivo de facilitar o reajustamento do seu comportamento. Com isso, as seqüências interativas terminam rapidamente.

A experiência interativa entre bebês e mães deprimidas foi caracterizada por Stern (1997) em termos de microeventos, descritos como aqueles eventos triviais e de curta duração que causam um impacto momentâneo no bebê. Como exemplo do que seriam microeventos, Stern destaca o que uma mãe faz com os olhos e o rosto no exato momento em que seu bebê lhe dirige um sorriso. Nessa perspectiva, a depressão torna-se familiar ao

bebê na forma de muitos microeventos repetidos, ou seja: quando as mães ficam deprimidas não ocorre uma mudança brutal, mas um processo progressivo de desligamento, o qual geralmente é parcial. Além disso, Stern propôs que a experiência de estar com uma mãe deprimida caracteriza-se por pelo menos quatro experiências subjetivas. A primeira se refere à já citada experiência do bebê de microdepressão repetida, o que ocorre quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta restabelecê-lo. Com isso, sua responsividade contingente é menor e sua animação e tonicidade desaparecem. No bebê percebe-se também o desaparecimento da animação, uma deflação na postura, uma queda no afeto positivo e expressividade facial. A partir do fracasso nas suas tentativas de ter a mãe emocionalmente presente, o bebê tenta a proximidade através da identificação e da imitação. A segunda experiência subjetiva a que se refere Stern é caracterizada pela experiência do bebê como um reanimador. Ela foi baseada em evidências de que o bebê, diante de uma situação de microdepressão, tenta fazer com que a mãe volte à vida. O bebê tenta estabelecer contato visual mútuo, virando o rosto para a mãe, erguendo as sobrancelhas e abrindo bem os olhos. Suas tentativas incluem também vocalizações, sorrisos, gestos e muita criatividade. Na medida que seus convites à interação fracassam, o bebê desiste por um momento, mas volta a tentar contato novamente. Stern chamou a atenção para o fato de que, por vezes, as tentativas do bebê de reanimar a mãe funcionam, já que a depressão materna não pode ser considerada total, nem tampouco constante. As mães, por sua vez, tendem a ficar aflitas por sua relativa falta de disponibilidade com o bebê, contra o que tendem a lutar com sucesso variável. A terceira experiência subjetiva do bebê de estar com a mãe refere-se à visão que o bebê tem da mãe como estando em segundo plano quando da sua busca de outras formas de estimulação, ou seja: se as tentativas de reanimar a mãe falham, o bebê parte em busca de um nível mais apropriado de estimulação e interesse no mundo. A busca externa de estimulação, segundo o autor, implica na presença da mãe em algum lugar, mas em segundo plano. Nessa terceira maneira de estar com a mãe, atos solitários de curiosidade e busca de estimulação prestam-se como atos de apego, e a presença da mãe é invocada por atividades que aparentemente não são sociais. Por fim, a quarta experiência subjetiva de estar com uma mãe deprimida refere-se, segundo Stern, ao desejo do bebê de estar com a mãe não-deprimida. Esse esquema tem como ponto de partida o esforço da mãe deprimida, geralmente manifestado em rompantes, para estar com o filho. O resultado de tal esforço consiste em uma certa falta de autenticidade, que culmina em uma falsa interação entre uma falsa mãe e um falso *self*. Stern ressaltou que o bebê consegue discriminar as

discrepâncias nesse tipo de interação, mas acaba por aceitar o que a mãe oferece, dado o seu desejo de uma interação mais viva com a mãe.

Essas concepções de Stern foram baseadas tanto na sua atividade como psicoterapeuta e pesquisador de díades mãe-bebê, como em uma série de estudos que, nos últimos anos, exploraram cada vez mais as interações entre bebês e mães deprimidas nos primeiros meses de vida, a partir da observação das interações face-a-face estabelecidas entre as díades. Os resultados mostraram que mães deprimidas, quando comparadas às mães não-deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês, apresentam mais expressões negativas do que positivas, mostram menos responsividade contingente, menos espontaneidade e menores níveis de atividade (Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984; Field & cols., 1985; Field & cols., 1988). Por sua vez, bebês de mães deprimidas quando comparados aos de mães não-deprimidas, exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, menor nível de atividade, menos vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimento, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (Cohn & cols., 1990; Field, 1984; Pickens & Field, 1993).

Discutindo esses achados de observações de interação face-a-face, Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) assinalaram que em interações normais a mãe cuidadosa modula o próprio comportamento no sentido de proporcionar ao bebê estimulação adequada, o que caracteriza uma interação sincrônica. Já a depressão materna contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-bebê tornem-se assincrônicos, na medida em que a mãe encontra-se afetivamente não-responsiva. Com isso, o bebê tende a experimentar uma desorganização comportamental, diminuindo o nível de respostas contingentes em relação à mãe. Esta diminuição, segundo os autores, reflete o aprendizado do bebê de que seu comportamento exerce um mínimo efeito no comportamento materno. Essa reação do bebê, por sua vez, pode aumentar a frustração materna, fazendo com que a mãe utilize estratégias intrusivas no sentido de obter respostas de seu filho.

Embora os estudos acima apontem para particularidades da interação bebê-mãe deprimida, ainda não está claro o quanto bebês com comportamento depressivo, filhos de mães deprimidas, generalizam esse comportamento com outras pessoas familiares não-deprimidas. Algumas evidências mostram que o comportamento depressivo desses bebês pode também ser observado em interações face-a-face com adultos não-deprimidos. Por

exemplo, o estudo desenvolvido por Field e cols. (1988) revelou que pessoas que não sabiam que estavam interagindo com bebês de mães deprimidas mostraram afeto negativo e baixo nível de atividade ao interagirem com esses bebês. Esses resultados sugerem que o comportamento depressivo dos bebês pode reforçar um comportamento materno depressivo. Contudo, outros autores encontraram evidências contrárias, indicando que bebês de mães deprimidas interagem melhor com adultos não-deprimidos. Hossain, Field, Gonzalez, Malphurs e DelValle (1994) encontraram uma melhor interação entre bebês e seus pais não-deprimidos do que com a mãe deprimida, ao passo que não havia diferença na interação entre mães não-deprimidas e pais não-deprimidos. Estudo semelhante realizado por Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez e Clasky (1994) mostrou que os comportamentos de bebês depressivos foram diferenciados quando interagiram com mulheres não-deprimidas, sugerindo que os bebês respondiam diferentemente a adultos deprimidos e não-deprimidos que lhes são familiares.

As evidências de que as interações face-a-face entre bebês e suas mães diferem em função da depressão materna sugerem que o estado afetivo da mãe pode repercutir também nas suas vocalizações para o bebê. Bettes (1988) avaliou as implicações da depressão materna em relação a duas características da linguagem materna (*motherese*): tempo de expressão vocal e pausas, e o uso de entonação da voz. A autora verificou que mães deprimidas apresentavam vocalizações significativamente mais baixas para responder às vocalizações de bebês de quatro meses, assim como apresentavam mais variações vocais e pausas, e eram menos aptas a utilizar a entonação exagerada que é característica da linguagem materna.

A literatura a respeito do papel da depressão materna na interação mãe-bebê tem focalizado principalmente os primeiros meses de vida do bebê. Recentemente, a intensidade e duração da depressão materna também têm sido investigadas. Campbell, Cohn e Meyers (1995) demonstraram que o impacto da depressão na interação face-a-face estava associado ao tempo de permanência do diagnóstico. Os autores filmaram a interação entre mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês aos dois, quatro e seis meses de idade. Os resultados não revelaram diferenças na interação de mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês de dois meses. Contudo, aos seis meses mães deprimidas foram menos positivas com seus bebês, assim como os bebês mostraram-se menos positivos. Endossando esses achados, Field (1995) verificou que mães que estiveram deprimidas durante os primeiros meses após o parto, mas cuja depressão não persistiu além dos seis meses de vida do bebê, tiveram crianças que também não se mostraram deprimidas na

interação aos doze meses. Porém, mães que continuaram deprimidas além dos seis primeiros meses tiveram bebês que demonstraram ter desenvolvido um “estilo” depressivo na interação com um ano de idade. Com base nesses resultados, os autores chamaram a atenção para a necessidade de se distinguir entre depressão transitória e prolongada quando se avalia os efeitos da depressão materna na interação mãe-bebê.

As evidências de que os efeitos da depressão materna na interação mãe-bebê dependem também da cronicidade do quadro depressivo têm levado a que se avalie o seu impacto em momentos posteriores do desenvolvimento do bebê. Os estudos realizados nessa perspectiva não utilizaram observações da interação face-a-face, mas, sim, situações de jogo nas quais as habilidades e comportamentos mais sofisticados da criança ou da diáde pudessem ser observados.

Um aspecto avaliado nesses estudos refere-se à atenção compartilhada que a diáde estabelece no momento da interação. A atenção compartilhada está relacionada ao desenvolvimento do vocabulário, sendo a base para o crescimento da comunicação e, conseqüentemente, dos relacionamentos (Goodman & Brumley, 1990). Os estudos desenvolvidos nesse sentido sugeriram que mães deprimidas podem ser menos aptas a coordenar um foco de atenção com seus filhos, na medida em que se mostraram mais preocupadas e pouco atentas às suas crianças (Godsmith & Rogoff, 1997; Goodman & Brumley, 1990). Por exemplo, em uma investigação que comparou os modelos de atenção entre díades com mães deprimidas e não-deprimidas em uma situação que permitia a utilização tanto de um foco de atenção em comum como um foco de atenção independente, Godsmith e Rogoff (1997) concluíram que mães deprimidas prestavam menos atenção a um evento em comum com suas crianças de dezoito a trinta meses do que mães não-deprimidas, tanto em termos de seu foco de atenção como em relação às suas atividades com a criança.

As expressões afetivas das díades durante a interação mãe-bebê também foram investigadas em alguns estudos sobre o impacto da depressão materna em estágios mais avançados do desenvolvimento do bebê. Em um desses estudos, os autores examinaram diferenças na ocorrência de algumas expressões de afeto de mães deprimidas e não-deprimidas e de seus bebês (Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont & Welsh, 1993). Essas expressões foram avaliadas a partir das seguintes categorias de comportamentos: *tristeza, ansiedade, contrariedade, apatia, prazer e alegria, ternura e afeição*. A análise dos escores totais de comportamentos maternos revelou que mães deprimidas mostraram mais afeto negativo do que mães não-deprimidas. Já a análise de cada categoria separadamente



revelou que mães deprimidas apresentaram mais expressões de *tristeza*, *ansiedade*, *apatia* e menos *ternura e afeição*. Porém, não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação às categorias *contrariedade* e *prazer e alegria*. Os resultados apontaram também para uma correlação entre o afeto das mães e dos bebês. Para os autores, o afeto materno deve ser avaliado como uma parte inseparável das manifestações comportamentais da mãe em relação à criança, mesmo que constitua apenas uma dimensão da depressão que interfere na parentalidade.

Em outro estudo, que examinou o efeito da simulação materna de depressão e afastamento para a interação mãe-bebê, as díades foram observados em episódios interativos nos quais as mães simulavam por vezes afeto depressivo e afastamento e, em outro momento, afeto normal (Seiner & Gelfand, 1995). Os resultados mostraram que, diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos às mães.

Mais recentemente, o impacto da depressão materna na exploração de brinquedos pelos bebês no final do primeiro ano de vida tem sido examinado, em virtude das evidências de que essa exploração estaria associada ao desenvolvimento cognitivo posterior da criança. Mais especificamente, a literatura aponta que comportamentos maternos de introduzir brinquedos e manter a atenção do bebê em um brinquedo pelo qual mostrou interesse estariam associados a um aumento na exploração de objetos por parte do bebê enquanto que o redirecionamento de sua atenção e a manifestação de intrusividade estariam relacionados a um decréscimo nessa exploração (Lawson, Parrinello & Ruff, 1992; Tamis-LeMonda & Bornstein, 1989).

Em um desses estudos, Hart, Field, DelValle e Pickens (1998) investigaram diferenças na interação mãe-bebê de díades com mães deprimidas e não-deprimidas em relação aos comportamentos associados com a exploração de objetos pelo bebê. Os autores encontraram que os bebês de mães deprimidas mostraram-se menos engajados na exploração de objetos e que filhas de mães deprimidas apresentaram mais afeto negativo. Além disso, encontraram que mães deprimidas cujos bebês eram meninos foram mais intrusivas do que mães não-deprimidas. Os resultados revelaram também que, embora não tenham sido encontradas diferenças entre os grupos quanto à introdução de brinquedos, mães deprimidas introduziam mais brinquedos para meninos do que para meninas. Esses resultados corroboraram evidências a respeito da maior intrusividade e envolvimento ativo

na interação das mães deprimidas com meninos (Radke-Yarrow & cols., 1995). Porém, em relação à manutenção e redirecionamento da atenção do bebê não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. A ausência de diferenças entre os grupos em relação a essas categorias contraria achados anteriores de que mães deprimidas mostraram-se menos atentas aos interesses do bebê em relação aos brinquedos, redirecionando com mais frequência sua atenção, a partir da utilização de estratégias verbais e não-verbais (Brenzitz & Friedman, 1988).

Em um estudo semelhante realizado por Hart, Jones, Field e Lundy (1999), os autores chamaram a atenção para a existência de dois estilos distintos que uma mãe deprimida pode desenvolver em interação com seu filho: o primeiro é caracterizado pelo afastamento, falta de engajamento e pouca estimulação; o segundo, caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de superestimulação. Os resultados mostraram que mães deprimidas intrusivas apresentavam mais respostas positivas, mais demonstração de brinquedos e uma tendência maior a guiarem fisicamente seus bebês que, no entanto, mostraram menos manipulação de objeto. Por outro lado, mães deprimidas que se mostraram mais apáticas, quietas e afastadas mantinham a criança brincando com mais frequência e mostravam afeto mais restrito enquanto suas crianças demonstraram menos expressão afetiva, positiva ou não. Segundo os autores, os resultados sugerem que a exposição da criança a estilos de interação não adequados, como ocorre com mães deprimidas, representa diferentes tipos de risco para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança.

Como pode ser visto, os estudos revisados apontam para uma série de implicações da depressão materna na interação mãe-bebê. De maneira geral, as investigações conduzidas nos últimos anos evidenciam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê, bem como no desenvolvimento posterior da criança. Contudo, é importante observar que as evidências parecem demonstrar que a presença da depressão em um determinado momento após o nascimento do bebê, por si só, não permite a realização de um prognóstico preciso a respeito de suas implicações na qualidade da interação que se estabelecerá entre a díade. Nesse sentido, faz-se necessária a uma abordagem ampla a respeito da depressão materna, a qual leve em conta os diversos fatores que podem contribuir para o seu prolongamento ou remissão.

## Objetivos do estudo

De acordo com o que pode ser visto na literatura, os comportamentos interativos das díades com mães deprimidas nos primeiros meses de vida do bebê revelam menos respostas contingentes, menos atividade e mais afeto negativo do que díades com mães não-deprimidas. Ao final do primeiro ano de vida, as interações também se caracterizam por mais expressões de afeto negativo, assim como por menos atenção compartilhada e engajamento. Além disso, estudos apontam para a interferência da depressão da mãe no estabelecimento de um apego seguro entre mãe e bebê e para evidências de que bebês de mães com depressão apresentam maior risco para o desenvolvimento de problemas emocionais e de comportamento em idades posteriores.

A literatura mostra também que mulheres que apresentam depressão na gestação ou a partir do nascimento de um filho costumam sentir-se pouco apoiadas em relação aos cuidados com o bebê, especialmente no que diz respeito ao apoio do parceiro. Associado a isso, relatam mais eventos de vida negativos após o nascimento do bebê, mais dificuldades relacionadas ao exercício da maternidade e impressões mais negativas sobre o desenvolvimento e o temperamento de seus filhos do que mães que não apresentam depressão.

Nesse sentido, o presente estudo visou examinar o papel da depressão materna na qualidade da interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida, particularmente em uma situação de exploração de brinquedos. Além disso, examinou-se as impressões de mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade no primeiro ano de vida do bebê.

Com base na literatura, esperava-se que mães com indicadores de depressão apresentassem menos comportamentos facilitadores da exploração de objetos pelo bebê, como introdução de brinquedos, manutenção da atenção do bebê nos brinquedos e demonstração física e verbal de afeto, e mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração, como redirecionamento da atenção dos bebês para outros brinquedos, intrusividade, contrariedade e apatia (Breznitz & Friedman, 1998; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Lawson & cols., 1992; Radke-Yarrow & cols., 1993; Radke-Yarrow & cols., 1995). Esperava-se também que seus bebês apresentassem mais afeto negativo e menos afeto positivo quando comparados às díades com mães sem indicadores de depressão (Field, 1995; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Radke-Yarrow & cols., 1993; Seiner & Gelfand, 1995).

Além disso, esperava-se que mães com indicadores de depressão fossem mais negativas ao descreverem suas impressões sobre seus bebês (Brown & cols.; Cutrona & Troutman, 1986; Field, Morrow & Adlestein, 1993; Hopkins & cols., 1997; Mebert, 1991; Whiffen, 1990) e sobre a maternidade (Anderson, Fleming & Steiner, 1994; Brown & cols., 1994; Downey & Coyne, 1990; Fowles, 1996; Lovejoy & cols., 2000; Milgron & McCloud, 1996; Panzarine, Slater & Scharps, 1995; Romito & cols., 1999; Rutter, 1990).

## CAPÍTULO II

### MÉTODO

#### Participantes

Participaram deste estudo 26 díades mãe-bebê, 11 das quais com mães com indicadores de depressão (moderada: 4; leve: 7) e 15 com mães sem indicadores de depressão. A designação aos dois grupos ocorreu a partir dos escores obtidos pelas mães nas respostas ao Inventário Beck de Depressão (BDI - Beck & Steer, 1993)<sup>2</sup>. Todas as mães eram primíparas e não apresentaram complicações físicas durante a gestação e o parto. Com exceção de uma mãe em cada grupo, as participantes viviam com os pais dos seus bebês e tinham a idade média de 25,3 anos (DP= 5,7). Os bebês eram de ambos os sexos, com a idade de doze meses por ocasião da investigação.

Todos os participantes faziam parte de um estudo longitudinal realizado pelo Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia - GIDEP/UFRGS/CNPq (1999), que acompanha aproximadamente 100 casais da gestação ao terceiro ano de vida da criança. Os casais eram de diferentes idades, níveis sócio-econômicos e configurações familiares. No projeto longitudinal, cada pesquisador era responsável pelo acompanhamento de um grupo de casais em diferentes momentos do desenvolvimento do bebê<sup>3</sup>. Coube à autora acompanhar dez díades. Para completar a presente amostra, recorreu-se aos casos acompanhados pelos demais pesquisadores do grupo, todos seguindo o mesmo processo de coleta de dados.

Os participantes do estudo longitudinal foram selecionados em dois hospitais da rede pública da cidade de Porto Alegre, em postos de saúde do município, bem como através de indicação e divulgação em órgãos locais de comunicação. A seleção dos

---

<sup>2</sup> O termo “BDI” refere-se ao Inventário Beck de Depressão. De acordo com as normas da versão em português (Cunha, 2001), o nível de depressão é classificado em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

<sup>3</sup> O projeto envolveu várias fases de coleta de dados, nas quais foram utilizados os seguintes instrumentos: a) *Terceiro trimestre da gestação*: Entrevista sobre os Dados Demográficos do Casal, Entrevista sobre a Gestação e Expectativas do Futuro Pai e da Gestante, Genograma Familiar do Casal e Narrativa Conjunta do Casal; b) *Terceiro mês do bebê*: Entrevista sobre a Experiência da Paternidade da Maternidade, Observação da Interação Familiar, Q-Sort de Valores Parentais, Entrevista sobre a Experiência da Parentalidade e Entrevista sobre as Impressões dos Pais sobre o Temperamento do Bebê; c) *Oitavo mês do bebê*: Entrevista sobre a Experiência da Paternidade da Maternidade, Observação da Interação Familiar, Entrevista sobre a Experiência da Parentalidade e Entrevista sobre as Impressões dos Pais sobre o Temperamento do Bebê.

participantes desse projeto ocorreu a partir do preenchimento da *Ficha de Contato Inicial* (Anexo A), que continha alguns dados demográficos do casal. Os casais que aceitaram participar do estudo e preencheram os critérios exigidos (ex.: estar esperando o primeiro filho, estar no terceiro trimestre da gestação, não apresentar complicações físicas durante a gestação) foram contatados posteriormente por telefone e passaram a ser acompanhados em diferentes fases do primeiro ano de vida do bebê. Dentre os participantes do presente estudo, catorze foram selecionados em hospitais, dois em postos de saúde, seis por indicação e quatro através de divulgação.

Cabe salientar que o Inventário Beck de Depressão foi respondido inicialmente por trinta e sete mães um ano após o nascimento de seus bebês, sendo que onze díades foram excluídas do estudo, entre elas algumas que se recusaram a comparecer à Universidade para serem filmadas na Sala de Brinquedos (6), por problemas na qualidade da filmagem (3), por a mãe já estar na segunda gravidez (1) e pelo fato do bebê estar com atraso no desenvolvimento (1). Desse total, vinte e três não apresentaram indicadores de depressão (62,1%;  $BDI \leq 11$ ), dez apresentaram indicadores de depressão leve (27%;  $BDI \geq 12$ ) e quatro apresentaram indicadores de depressão moderada (10,8%;  $BDI \geq 20$ ). Às mães cujos escores obtidos no instrumento revelaram a presença de indicadores de depressão foi oferecido atendimento psicoterápico por terapeutas integrantes do grupo de pesquisa.

As Tabelas 1 e 2 apresentam as características demográficas dos participantes do estudo. No grupo de mães com indicadores de depressão as idades variaram entre 15 e 27 anos ( $M= 21$ ;  $DP= 3,4$ ) e no grupo de mães sem indicadores de depressão entre 15 e 33 anos ( $M= 25,3$ ;  $DP= 5,7$ ). A escolaridade no primeiro grupo variou de 6 a 11 anos ( $M= 9,4$ ;  $DP= 1,7$ ) e no segundo de 4 a 17 anos ( $M= 10,8$ ;  $DP= 3,6$ ). O nível sócio-econômico variou de baixo a alto, com base na escolaridade e profissão das mães.

Tabela 1

Dados demográficos das mães com indicadores de depressão

Número de identificação	Nível de depressão	Escore BDI	Idade	Estado civil	Escolaridade em anos	Ocupação	Sexo do bebê
1	Moderada	31	19	Solteira	11	Estudante	Masculino
2	Moderada	20	20	Casada	10	Não trabalha fora	Masculino
3	Moderada	20	20	Casada	8	Babá	Masculino
4	Moderada	20	24	Casada	8	Não trabalha fora	Feminino
5	Leve	16	27	Casada	11	Não trabalha fora	Feminino
6	Leve	16	18	Casada	10	Estudante	Feminino
7	Leve	15	24	Casada	6	Confeiteira	Masculino
8	Leve	15	20	Casada	11	Comerciante	Masculino
9	Leve	15	20	Casada	11	Aux. de escritório	Masculino
10	Leve	12	15	Casada	8	Estudante	Feminino
11	Leve	12	24	Casada	10	Garçonete	Feminino

Tabela 2

Dados demográficos das mães sem indicadores de depressão

Número de identificação	Nível de depressão	Escore BDI	Idade	Estado civil	Escolaridade em anos	Ocupação	Sexo do bebê
12	Ausente	11	23	Casada	11	Vendedora	Feminino
13	Ausente	11	18	Casada	9	Não trabalha fora	Masculino
14	Ausente	11	28	Casada	13	Não trabalha fora	Masculino
15	Ausente	10	32	Casada	8	Aux. de lavanderia	Masculino
16	Ausente	10	26	Casada	13	Não trabalha fora	Feminino
17	Ausente	9	28	Casada	11	Serviços gerais	Masculino
18	Ausente	8	18	Solteira	11	Estudante	Masculino
19	Ausente	8	19	Casada	7	Doméstica	Masculino
20	Ausente	7	15	Casada	8	Não trabalha fora	Feminino
21	Ausente	6	33	Casada	15	Fonoaudióloga	Feminino
22	Ausente	6	31	Casada	16	Programadora	Feminino
23	Ausente	6	27	Casada	4	Não trabalha fora	Masculino
24	Ausente	6	25	Casada	8	Não trabalha fora	Masculino
25	Ausente	6	32	Casada	17	Conselheira familiar	Masculino
26	Ausente	4	24	Casada	11	Não trabalha fora	Masculino



## **Delineamento e Procedimentos**

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996), sendo um grupo com díades cujas mães apresentavam indicadores de depressão e o outro com díades cujas mães não apresentavam indicadores de depressão. Foram examinadas em cada grupo a interação entre as díades aos doze meses de vida do bebê e as impressões maternas sobre a experiência da maternidade.

Doze meses após o nascimento dos bebês, na quarta fase da coleta de dados do estudo longitudinal, a autora agendou um encontro na Sala de Brinquedos do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nesse encontro foi realizada a *Avaliação da qualidade da interação mãe-bebê aos doze meses de vida*, a partir da filmagem da interação livre mãe-bebê em uma situação de exploração de brinquedos, a qual teve uma duração total de oito minutos. Logo a seguir, a mãe foi solicitada a responder a *Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Experiência da Maternidade* e ao *Inventário Beck de Depressão*. As entrevistas foram realizadas individualmente, sendo gravadas para posterior transcrição e análise. O *Consentimento Informado*, assinado no início do projeto longitudinal, abrangia também esta fase da coleta de dados.

## **Instrumentos e Materiais**

1) **Ficha de contato inicial** (GIDEP, 1998a): Esta ficha foi preenchida pelas gestantes nos hospitais com o auxílio dos pesquisadores que participaram da primeira fase de coleta de dados do estudo longitudinal, ou por telefone, com o objetivo de selecionar os possíveis participantes do estudo. Para tanto, investigou alguns dados demográficos, tais como idade da gestante e do companheiro, escolaridade, profissão, estado civil, existência de outros filhos, estado de saúde durante a gestação e data prevista para o nascimento do bebê. Era também anotado o telefone e/ou endereço para o contato posterior. Cópia no Anexo A.

2) **Consentimento informado** (GIDEP, 1998b): Este documento visou informar aos participantes, de forma sucinta, os objetivos da pesquisa, bem como o nome e telefone do pesquisador responsável. Foi assinado pelo casal em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e a outra com os participantes. Cópia no Anexo B.

**3) Protocolo de avaliação da qualidade da interação mãe-bebê aos doze meses de vida** (Schwengber & Piccinini, 2001): A sessão de observação da interação livre mãe-bebê foi baseada na *Observação da Interação Familiar* (GIDEP, 1999a), que consta de uma seqüência de quatro episódios de interação livre entre a família: pai-mãe-bebê, pai-bebê, mãe-bebê e novamente pai-mãe-bebê durante uma situação de entrevista. Cada seqüência teve a duração de oito minutos. Foi solicitado aos pais que brincassem com a criança da forma mais natural possível, como o faziam em seu dia-a-dia. A sessão, que foi gravada em vídeo, teve o acompanhamento da pesquisadora na ante-sala, através de uma janela com espelho unidirecional. No presente estudo, foi considerada apenas a interação livre do bebê com a mãe (Anexo C). Para fins de análise da interação livre mãe-bebê, desenvolveu-se um protocolo (Anexo D) que foi baseado nos sistemas de codificação originalmente desenvolvidos por Hart e cols. (1998), Lawson e cols. (1992) e Radke-Yarrow e cols. (1993), o qual consta de oito categorias de comportamentos maternos (*introduz um brinquedo; mantém a atenção em um brinquedo; redireciona a atenção para outro brinquedo; evidencia intrusividade ao brincar; expressa prazer/alegria; demonstra ternura/afeição; evidencia apatia; demonstra contrariedade*) e oito categorias de comportamentos infantis (*focaliza a atenção em um brinquedo; rejeita um brinquedo; sorri; chora; vocaliza positivamente; vocaliza negativamente; busca proximidade; afasta-se/resiste ao contato*).

**4) Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade** (GIDEP, 1999b): Foi realizada uma entrevista na qual foi solicitado à mãe que falasse sobre diversos aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e à experiência da maternidade. O objetivo desse instrumento foi o de examinar a experiência da maternidade com o passar dos meses. Diversos temas foram investigados na entrevista, sendo que entre eles assinala-se os que interessam para o presente estudo: as impressões maternas a respeito do crescimento, desenvolvimento, habilidades e características emocionais do bebê, os sentimentos sobre ser mãe, as impressões sobre o marido como pai, a rede de apoio em relação aos cuidados com o bebê e a ocorrência de eventos estressantes. Cópia no Anexo F.

**5) Inventário Beck de Depressão - BDI** (Beck & Steer, 1993): O BDI é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido, e que correspondem a diferentes níveis de

gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificado nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado ou grave. A versão em português do Inventário Beck de Depressão resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilíngües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996; Cunha, 2001). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ( $p < 0,001$ ).

Tendo em vista que muitas das participantes do presente estudo possuíam nível educacional baixo, optou-se por aplicar separadamente cada item do inventário, os quais foram apresentados individualmente pelos pesquisadores para cada participante. Um exame inicial da aplicação mostrou que esse procedimento facilitava muito a compreensão das participantes. Cópia no Anexo G.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em duas partes. Na primeira parte serão descritos e discutidos os achados referentes ao exame da interação livre mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão. Na segunda parte serão apresentados os resultados e a discussão das respostas das mães à entrevista sobre a experiência da maternidade.

#### **Parte I: Examinando a interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão em uma situação de interação livre**

Nesta seção serão examinados os comportamentos interativos apresentados pelas díades mãe-bebê nos grupos de mães com e sem indicadores de depressão. O objetivo dessa investigação foi o de examinar a influência da depressão materna na interação mãe-bebê, a partir da identificação de eventuais diferenças nos padrões de interação das díades em cada grupo.

Com base na literatura existente, a expectativa inicial era de que seriam encontradas diferenças expressivas entre mães com e sem indicadores de depressão na sua interação com o bebê. Mães com indicadores de depressão tenderiam a apresentar menos comportamentos facilitadores da exploração de objetos pelo bebê, como introdução de brinquedos, manutenção da atenção do bebê nos brinquedos e demonstração física e verbal de afeto, e mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração, como redirecionamento da atenção dos bebês para outros brinquedos, intrusividade, contrariedade e apatia (Breznitz & Friedman, 1998; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Lawson & cols., 1992; Radke-Yarrow & cols., 1993; Radke-Yarrow & cols., 1995). Da mesma forma, esperava-se que os bebês de mães com indicadores de depressão demonstrassem mais afeto negativo do que bebês de mães sem indicadores de depressão, como rejeição de brinquedos, choro, vocalizações negativas e afastamento da mãe, e menos afeto positivo, como focalização da atenção nos brinquedos, sorrisos, vocalizações positivas e busca de proximidade da mãe (Field, 1995; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Radke-Yarrow & cols., 1993; Seiner & Gelfand, 1995).

A sessão de observação envolveu uma situação de interação livre, realizada em laboratório, cujos detalhes estão descritos no Capítulo II. Para fins do presente estudo, foram analisados os últimos seis minutos da interação livre mãe-bebê, excluindo-se sempre o primeiro e o último minuto. O primeiro minuto foi descartado em virtude de que a mãe encontrava-se muitas vezes preparando-se para iniciar a interação. O último minuto foi descartado tendo em vista que em alguns casos a filmagem foi concluída ainda dentro do oitavo minuto, o que impossibilitou que fosse utilizado completamente. Os seis minutos utilizados foram divididos em intervalos de quinze segundos, totalizando vinte e quatro intervalos. Em cada intervalo examinou-se a presença de oito categorias de comportamentos maternos e oito categorias de comportamentos do bebê, de acordo com um protocolo criado por Schwengber e Piccinini (2001), o qual foi baseado nos sistemas de codificação originalmente desenvolvidos por Hart e cols. (1998), Lawson e cols. (1992) e Radke-Yarrow e cols. (1993). As categorias de comportamentos maternos foram: *introduz um brinquedo, mantém a atenção em um brinquedo, redireciona a atenção para outro brinquedo, evidencia intrusividade ao brincar, expressa prazer/alegria, demonstra ternura/afeição, evidencia apatia, demonstra contrariedade*. As categorias de comportamentos do bebê foram: *focaliza a atenção em um brinquedo, rejeita um brinquedo, sorri, chora, vocaliza positivamente, vocaliza negativamente, busca proximidade, afasta-se/resiste ao contato*.

Dois observadores foram treinados para a utilização do protocolo de observação durante aproximadamente 30 horas, assistindo a vídeos de interação mãe-bebê de outros participantes do projeto de pesquisa no qual a pesquisadora estava inserida. O treinamento levou a algumas modificações na definição das categorias de comportamentos para melhor adequação do instrumento. O protocolo final utilizado e a definição de cada categoria de comportamentos encontram-se, respectivamente, nos Anexos D e E.

Após esse treinamento inicial, seis casos foram utilizados pelos dois codificadores para o cálculo do índice de concordância na análise das categorias, realizado através do Kappa. Nas categorias de comportamentos maternos o índice de concordância atingiu 0,67<sup>4</sup> enquanto que nas categorias de comportamentos do bebê atingiu 0,85. Uma vez estabelecidos esses índices, os dois codificadores examinaram separadamente todos os

---

<sup>4</sup> De acordo com Robson (1995) e em função das características estatísticas desse índice de concordância, os valores do Kappa são assim classificados: suficientes (0,40 a 0,60); bons (0,60 a 0,75); e excelentes (acima de 0,75).

outros vinte videoteipes. Eventuais diferenças entre os codificadores foram dirimidas posteriormente por um terceiro juiz, no caso a pesquisadora.

Uma análise inicial dos dados foi realizada para examinar o efeito geral da condição materna (com e sem indicadores de depressão) nos escores totais de comportamentos maternos e infantis. Para tanto, as categorias maternas foram agrupadas e denominadas *facilitadoras* ou *não-facilitadoras* do engajamento do bebê na exploração de brinquedos. As categorias compreendidas como facilitadoras foram: *introduz um brinquedo, mantém a atenção em um brinquedo, expressa prazer e alegria e demonstra ternura e afeição*. Já as categorias classificadas como não-facilitadoras foram: *redireciona a atenção para outro brinquedo, evidencia intrusividade ao brincar, mostra apatia e mostra contrariedade*. Com o mesmo objetivo, as categorias de comportamentos infantis foram agrupadas e denominadas de *afeto positivo* e *afeto negativo*. As categorias compreendidas como envolvendo afeto positivo foram: *focaliza a atenção em um brinquedo, sorri, vocaliza positivamente e busca proximidade*. As categorias consideradas afeto negativo foram: *rejeita um brinquedo, chora, vocaliza negativamente e afasta-se/resiste ao contato*.

A Tabela 3 apresenta a incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para os escores totais de comportamentos maternos e infantis. Para examinar o efeito geral da presença de indicadores de depressão materna nos escores totais de comportamentos maternos e infantis, duas análises multivariadas (MANOVA)<sup>5</sup> foram realizadas separadamente, sendo uma para os escores totais de comportamentos maternos e outra para os escores totais de comportamentos infantis. Procedimento similar foi adotado por Hossain e cols., (1994), Pelaez-Nogueras e cols., (1994) e Hart e cols., (1999) em estudos que utilizaram amostras de tamanho semelhante. Assim, no presente estudo realizou-se inicialmente uma análise multivariada 2 (mães com indicadores de depressão versus mães sem indicadores de depressão) x 2 (comportamentos facilitadores versus comportamentos não-facilitadores) utilizando os escores totais dos comportamentos maternos. A análise revelou um efeito significativo da presença de indicadores de depressão da mãe na incidência total dos comportamentos facilitadores e não-facilitadores ( $F(2,23) = 6,65, p < 0.006$ ; Wilk's lambda = .63). Os resultados indicaram que mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores ( $p < 0,001$ ) e

---

<sup>5</sup> Uma análise inicial não demonstrou nenhum efeito do sexo do bebê, idade e escolaridade da mãe na incidência total de comportamentos maternos e infantis. Por essa razão, esses fatores não foram utilizados como co-variantes nas análises multivariadas.

uma tendência a apresentar mais comportamentos não-facilitadores ( $p < 0,07$ ) quando comparadas às mães sem indicadores de depressão.

Uma segunda análise multivariada 2 (mães com indicadores de depressão versus mães sem indicadores de depressão) x 2 (afeto positivo versus afeto negativo) foi realizada nos escores totais dos comportamentos infantis. A análise revelou um efeito significativo da presença de indicadores de depressão materna na incidência total de afeto positivo e negativo ( $F(2,23) = 3,89$ ,  $p < 0,03$ ; Wilk's lambda = .74). Os resultados indicaram que os bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram mais afeto negativo ( $p < 0,01$ ) do que bebês de mães sem indicadores de depressão. Não houve diferença significativa para o total de comportamentos positivos dos bebês de ambos os grupos.

Tabela 3  
Incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para o total de escores de comportamentos maternos e infantis nos grupos com e sem indicadores de depressão

Comportamentos	Mães com indicadores de depressão M (DP)	Mães sem indicadores de depressão M (DP)	F	$p <$
<b>Maternos</b>				
Facilitadores	37,45 (8,66)	46,73 (3,84)	13,69	<b>0,001</b>
Não-facilitadores	17,90 (9,40)	12,00 (6,65)	3,53	<b>0,07</b>
<b>Infantis</b>				
Afeto positivo	29,90 (7,75)	33,33 (5,55)	1,73	0,20
Afeto negativo	4,54 (2,80)	2,13 (1,84)	7,00	<b>0,01</b>

Para examinar mais detalhadamente o efeito da presença de indicadores de depressão materna sobre cada categoria de comportamentos materno e infantis, análise de variância (ANOVA) foi realizada separadamente para cada categoria de comportamentos. A Tabela 4 apresenta a incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para cada categoria de comportamentos maternos. Os resultados revelaram algumas diferenças significativas entre os grupos na incidência dos comportamentos observados. As mães com indicadores de depressão, quando comparadas com mães do outro grupo, apresentaram uma incidência de comportamentos significativamente menor nas categorias *mantém atenção em um brinquedo* ( $p < 0,03$ ), *demonstra ternura e afeição*, ( $p < 0,02$ ) e uma incidência significativamente maior na categoria *demonstra apatia* ( $p < 0,03$ ). Além disso, os resultados mostraram uma tendência das mães com indicadores de depressão a apresentarem menor incidência na categoria *introduz um brinquedo* ( $p < 0,08$ ).

Tabela 4

Incidência média, desvio padrão e nível de significância para cada categoria de comportamentos maternos nos grupos com e sem indicadores de depressão

Comportamentos maternos	Mães com indicadores de depressão M (DP)	Mães sem indicadores de depressão M (DP)	F	$p <$
Introduz um brinquedo	0,91 (1,14)	2,07 (1,87)	3,30	<b>0,08</b>
Mantém a atenção	16,36 (4,34)	19,47 (2,59)	5,19	<b>0,03</b>
Expressa prazer e alegria	0,91 (1,64)	2,20 (2,11)	2,84	0,10
Demonstra ternura e afeição	19,27 (5,46)	23,00 (2,30)	5,68	<b>0,02</b>
Redireciona a atenção	6,00 (3,92)	5,29 (3,14)	0,34	0,56
Evidencia intrusividade	4,82 (3,74)	4,27 (3,20)	0,16	0,68
Demonstra apatia	3,64 (5,63)	0,33 (1,05)	5,00	<b>0,03</b>
Demonstra contrariedade	3,45 (2,58)	2,20 (2,24)	1,74	0,19

A Tabela 5 apresenta a incidência média, desvio padrão, valor de F e nível de significância para cada categoria de comportamentos infantis. Os resultados indicam que os bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram uma incidência significativamente maior na categoria *vocaliza negativamente* ( $p < 0,01$ ). Além disso, ocorreu uma diferença marginalmente significativa na categoria *sorri* ( $p < 0,06$ ), indicando que os bebês de mães com indicadores de depressão tenderam a sorrir menos do que os de mães sem indicadores de depressão.

Tabela 5

Incidência média, desvio padrão e nível de significância para cada categoria de comportamentos infantis nos grupos com e sem indicadores de depressão

Comportamentos infantis	Mães com indicadores de depressão M (DP)	Mães sem indicadores de depressão M (DP)	F	$p <$
Focaliza atenção em um brinquedo	18,18 (3,76)	19,27 (3,77)	0,52	0,47
Sorri	0,45 (0,30)	1,20 (1,90)	3,65	<b>0,06</b>
Vocaliza positivamente	10,45 (6,59)	12,40 (4,79)	0,76	0,39
Busca proximidade	1,18 (1,89)	0,47 (0,92)	1,64	0,21
Rejeita brinquedo	1,91 (1,76)	1,20 (1,42)	1,29	0,26
Chora	0,18 (0,60)	0,33 (0,62)	0,39	0,53
Vocaliza negativamente	2,27 (2,15)	0,47 (0,83)	8,88	<b>0,01</b>
Afasta-se/resiste ao contato	0,18 (0,40)	0,13 (0,35)	0,10	0,74



### **Discutindo a interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão em uma situação de interação livre**

Um dos objetivos do presente estudo foi o de examinar a influência da depressão materna na interação mãe-bebê durante uma sessão de interação livre, na qual se verificou a ocorrência de diversas categorias de comportamentos maternos e infantis. De acordo com a literatura, a expectativa inicial era de que mães com indicadores de depressão tenderiam a apresentar menos comportamentos facilitadores da exploração de brinquedos pelo bebê, como introdução de brinquedos, manutenção da atenção do bebê nos brinquedos e demonstração física e verbal de afeto, e mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração, como redirecionamento da atenção dos bebês para outros brinquedos, intrusividade, contrariedade e apatia (Breznitz & Friedman, 1988; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Lawson & cols., 1992; Radke-Yarrow & cols., 1993; Radke-Yarrow & cols., 1995). Além disso, esperava-se que os bebês de mães com indicadores de depressão demonstrassem mais afeto negativo do que os bebês de mães sem indicadores de depressão, como rejeição de brinquedos, choro, vocalizações negativas e afastamento da mãe, e menos afeto positivo, como focalização da atenção nos brinquedos, sorrisos, vocalizações positivas e busca de proximidade da mãe (Field, 1995; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; Radke-Yarrow & cols., 1993; Seiner & Gelfand).

Os resultados da análise dos escores totais dos comportamentos maternos examinados no presente estudo mostraram que mães com e sem indicadores de depressão apresentaram uma incidência de comportamentos diferente durante a situação de interação livre. As mães com indicadores de depressão apresentaram significativamente menos comportamentos facilitadores da exploração de objetos pelo bebê e também uma tendência a apresentar mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração. Juntos, esses achados iniciais apoiam a expectativa de que a interação mãe-bebê parece ser influenciada pela presença da depressão materna, especialmente em relação às mães apresentarem comportamentos menos facilitadores da interação.

Uma análise específica de cada categoria de comportamentos maternos também indicou diferenças significativas entre os grupos em diversas categorias. Mães com indicadores de depressão apresentaram significativamente menos comportamentos de manutenção da atenção de seus bebês em um brinquedo, além de uma tendência a introduzirem menos brinquedos para a criança. Esses resultados apoiam as evidências de que mães deprimidas tendem a ser menos atentas em relação aos brinquedos do bebê

(Breznitz & Friedman, 1988). Por outro lado, contrariam os resultados encontrados por Hart e cols. (1998) em um estudo que observou a interação mãe-bebê durante três minutos, o qual não revelou diferenças no uso dessas categorias entre mães deprimidas e não-deprimidas. É possível que essa inconsistência entre os estudos deva-se a problemas metodológicos, em virtude de que no presente estudo utilizou-se um tempo maior de observação da interação do que no estudo de Hart e colegas. Poder-se-ia pensar que o período mais prolongado de observação tenha atenuado a artificialidade da sessão, permitindo às mães a manifestação de comportamentos mais condizentes com aqueles que eventualmente apresentariam em situações naturais de interação com seus bebês. Nesse sentido, a exacerbação das diferenças entre os grupos que ocorreu no presente estudo poderia ser explicada em termos de uma gradativa descontração das mães frente à situação de filmagem.

Outra diferença importante entre os grupos refere-se às evidências de que mães com indicadores de depressão foram menos enfáticas na demonstração física e verbal de afeto e mais apáticas do que mães sem indicadores de depressão. Esses resultados apoiam aqueles encontrados por Radke-Yarrow e cols. (1993) que, ao examinarem os escores totais da expressão de afeto de mães deprimidas em interação com seus bebês, verificaram que estas demonstraram mais afeto negativo do que mães não-deprimidas. Mais especificamente, os autores encontraram que mães deprimidas mostraram mais expressões de ansiedade, tristeza, apatia e menos ternura e afeição com os bebês do que mães não-deprimidas.

Embora as diversas diferenças reveladas entre os grupos no presente estudo sejam apoiadas pela literatura, outras que eram esperadas, como por exemplo que mães com indicadores de depressão apresentariam maior intrusividade e redirecionamento da atenção do bebê durante a interação (cf. Breznitz & Friedman, 1988; Hart & cols., 1998; Hart & cols., 1999; McElwain & Volling, 1999) não foram encontradas. Além disso, alguns autores consideraram que demonstrações de contrariedade e expressões de prazer e alegria também constituem dimensões afetivas relevantes para a identificação de diferenças comportamentais ocasionadas pela depressão da mãe (Teti & Gelfand, 1991). Porém, no presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação a essas categorias.

Quanto às categorias de comportamentos infantis, diferenças também foram encontradas entre os grupos. Os resultados da análise dos escores totais dos comportamentos infantis revelaram que bebês de mães com indicadores de depressão demonstraram mais afeto negativo do que bebês de mães do outro grupo. Esses achados

apoiam evidências anteriores sobre mais demonstração de afeto negativo entre bebês de mães deprimidas, independentemente do gênero da criança (Radke-Yarrow & cols., 1993). Porém, corroboram apenas parcialmente aqueles encontrados por Hart e cols. (1998) que encontraram que filhas de mães deprimidas apresentaram mais afeto negativo, não ocorrendo o mesmo com bebês do sexo masculino. Além disso, os autores encontraram que filhas de mães deprimidas apresentaram também menos afeto positivo. No presente estudo, não foram encontradas diferenças entre os bebês de mães com e sem indicadores de depressão em relação aos escores totais de afeto positivo.

Já os resultados das análises realizadas separadamente para cada uma das categorias de comportamentos infantis revelaram diferenças expressivas em apenas duas das oito categorias examinadas. Bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram significativamente mais *vocalizações negativas*. Além disso, foi encontrada uma diferença marginalmente significativa na categoria *sorri*, indicando que bebês de mães com indicadores de depressão sorriram menos do que bebês de mães sem indicadores de depressão. Resultados semelhantes foram encontrados por Field e cols. (1996) que, ao compararem o engajamento de bebês de 12 meses, filhos de mães com e sem depressão, em uma situação estruturada de exploração de brinquedos, também encontraram que bebês de mães deprimidas sorriam menos e tinham mais vocalizações negativas.

Afora as diferenças relatadas acima que são apoiadas pela literatura, alguns estudos sugeriram também que bebês de mães deprimidas tendem a focalizar menos a atenção em brinquedos durante a interação com suas mães (Hart & cols., 1998), rejeitam brinquedos mais freqüentemente (Hart & cols., 1998; Seiner & Gelfand, 1995), têm menos vocalizações positivas (Field, 1996), afastam-se das mães e choram mais vezes (Radke-Yarrow & cols., 1993). Porém, no presente estudo não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos no que se refere a esses comportamentos.

Quanto à ausência de diferenças entre os grupos em algumas categorias de comportamentos maternos e infantis, algumas considerações podem ser feitas. Inicialmente, poder-se-ia pensar que a ausência de diferenças em relação às categorias maternas *evidencia intrusividade e redireciona a atenção* poderia estar relacionada a maior manifestação de apatia por parte das mães com indicadores de depressão. Uma vez estando mais apáticas durante a interação, as mães agiriam com menos intrusividade e mais passivamente diante da possibilidade de estimular o bebê com vários brinquedos. Na verdade, a literatura aponta para dois tipos de estilo comportamental que uma mãe deprimida pode manifestar ao interagir com o seu bebê. O primeiro caracteriza-se pelo

afastamento emocional da mãe enquanto o segundo caracteriza-se por sua intrusividade e excesso de estimulação (Hart & cols., 1999; McElwain & Volling, 1999). Embora a avaliação desses estilos comportamentais não tenha sido privilegiada no presente estudo, os resultados encontrados permitem pensar em uma tendência das mães com indicadores de depressão participantes deste estudo a manifestarem um estilo mais apático do que intrusivo ao interagirem com seus bebês.

Poder-se-ia pensar também que a ausência de diferenças em relação à incidência de comportamentos maternos intrusivos e de redirecionamento da atenção do bebê esteja associada à própria sessão de observação. No presente estudo optou-se pela observação de uma situação de brinquedo livre ao invés de uma situação estruturada, como a que foi utilizada por McElwain e Volling (1999) ao avaliarem a intrusividade de mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês. Esses autores apontaram que sessões de brinquedo previamente estruturadas, nas quais propõe-se à mãe e ao bebê a resolução de uma determinada tarefa, requerem uma maior atividade e direcionamento por parte da mãe, o que pode ter exacerbado o aparecimento de comportamentos intrusivos entre as mães com depressão. No presente estudo, a ausência de uma atividade estruturada para a diáde realizar pode ter contribuído para que esses comportamentos não pudessem ser vistos como mais característicos de um ou outro grupo de mães. Em virtude disso, a situação de brinquedo livre utilizada neste estudo pode ter contribuído para a ausência de diferenças significativas em algumas categorias de comportamentos infantis, como por exemplo *focaliza a atenção*, ao não exigir da mãe uma participação mais efetiva. Alguns autores sugeriram que os comportamentos dos bebês na exploração de brinquedos são diretamente influenciados pelas estratégias de atenção utilizadas pela mãe (Lawson & cols., 1992). Apoiando essas concepções, a literatura aponta também que bebês de mães deprimidas tendem a focalizar menos a atenção nos objetos à sua volta quando a mãe tende a redirecionar a atenção do bebê e a ser mais intrusiva (Brenzitz & Friedman, 1988; Hart & cols., 1998).

A ausência de diferenças significativas entre os grupos em relação às categorias de comportamentos maternos *demonstra contrariedade e expressa prazer e alegria* corrobora o estudo de Radke-Yarrow e cols. (1993), que também não encontraram diferenças significativas entre mães deprimidas e não-deprimidas nessas categorias, embora tivessem expectativas nesse sentido. Poder-se-ia pensar que essa ausência de diferenças no presente estudo esteja relacionada a possíveis esforços das mães no sentido de estarem emocionalmente mais próximas de seus bebês, cantando, gargalhando e comemorando seus

feitos tanto quanto mães que não apresentavam indicadores de depressão. Como sugeriu Stern (1997), uma vez deprimidas as mães lutariam contra sua relativa falta de disponibilidade com o bebê e, por vezes, obteriam sucesso nessas tentativas.

No presente estudo, o gênero do bebê não esteve associado a nenhuma categoria de comportamentos da mãe ou do bebê. Isso talvez possa ser explicado em função do tamanho pequeno da amostra utilizada, o que requer novos estudos para elucidar essa questão. É possível que com a utilização de uma amostra maior comportamentos infantis como chorar, rejeitar brinquedos e afastar-se da mãe pudessem ser significativamente diferentes entre os bebês de mães com e sem indicadores de depressão, pois quando esses comportamentos foram analisados como componentes do total de afeto negativo do bebê a somatória das vezes em que ocorreram indicou diferenças entre os grupos. Contudo, na análise de cada categoria separadamente, a frequência com que ocorreram nos dois grupos foi bastante baixa, o que talvez não ocorresse com a utilização de um maior número de participantes.

O tamanho da amostra utilizada no presente estudo poderia também explicar o fato de que poucas mães apresentavam indicadores de depressão em níveis mais severos, o que pode ter contribuído para a ausência de diferenças entre os grupos tanto nas categorias de comportamentos maternos como infantis. Em relação a isso, é interessante salientar que a literatura aponta que algumas inconsistências em relação aos resultados de diversos estudos que avaliaram as repercussões da depressão materna na interação mãe-bebê devem-se ao tipo de instrumento utilizado como medida dos sintomas da mãe. Alguns autores sugeriram que os níveis de depressão avaliados a partir de instrumentos de auto-relato, como o Inventário Beck de Depressão (BDI - Beck & Steer, 1993), podem não atender aos critérios para o diagnóstico de depressão de entrevistas diagnósticas estruturadas (Campbell & Cohn, 1991; Lovejoy & cols., 2000). Outros, no entanto, sugeriram que o Inventário Beck de Depressão mostra elevada capacidade de discriminação da depressão materna na gravidez e após o nascimento do bebê (Alvarado & cols., 1993). É importante considerar que no presente estudo sete mães apresentaram indicadores de depressão leve enquanto que apenas quatro mães apresentaram indicadores de depressão moderada. É possível pensar que as diferenças entre os grupos de mães com e sem indicadores de depressão pudessem ser exacerbadas diante de um número maior de mães com indicadores de depressão em níveis mais graves. Além disso, alguns autores sugeriram que as repercussões da depressão da mãe na interação mãe-bebê estão estreitamente relacionadas ao tempo de permanência do diagnóstico, no sentido de que

quanto maior esse tempo maiores seriam as implicações nos comportamentos maternos e infantis (Campbell, Cohn & Meyers, 1995; Field, 1995). No presente estudo, a cronicidade dos quadros depressivos apresentados pelas mães não foi examinada. Apesar da amostra ser derivada de uma investigação longitudinal que acompanhava as mães desde a gestação, indicadores de depressão materna foram investigados apenas quando os bebês estavam com doze meses de vida.

Um outro ponto a ser ressaltado em relação à ausência de diferenças entre os grupos em algumas categorias de comportamentos da mãe e do bebê, refere-se à adequação do instrumento utilizado no presente estudo para o exame da interação mãe-bebê. Com base na literatura, desenvolveu-se um protocolo de avaliação que teve como objetivo examinar amplamente algumas categorias de comportamentos consideradas relevantes para o entendimento do impacto da depressão materna na interação mãe-bebê. O instrumento desenvolvido visava avaliar tanto as estratégias maternas utilizadas na exploração de brinquedos (Lawson & cols., 1992; Hart & cols., 1998) como o afeto da mãe e do bebê (Hart & cols., 1998; Radke-Yarrow & cols., 1993). Contudo, é possível que não tenha sido suficientemente sensível para captar algumas particularidades na dinâmica mãe-bebê dos dois grupos, principalmente em virtude do tempo reduzido da sessão de observação (seis minutos). Poder-se-ia pensar que durante o curto período de filmagem as mães tenham se preocupado em mostrarem o melhor de si, o que colaboraria para a ausência de diferenças significativas entre os grupos em algumas categorias, como por exemplo na categoria materna *demonstra contrariedade* e na categoria infantil *afasta-se/resiste ao contato*. Essa possibilidade parece ter sido respaldada no presente estudo pelas evidências da ocorrência de algumas diferenças que não foram encontradas em um estudo semelhante, no qual os autores utilizaram um período de tempo ainda mais reduzido na observação da interação mãe-bebê (Hart & cols., 1998).

Tendo em vista essas considerações, é importante que novos estudos busquem ampliar a compreensão sobre as implicações da depressão materna na qualidade de interação mãe-bebê, utilizando amostras maiores investigadas em situações estruturadas e também naturalísticas, permitindo que se compreenda a dinâmica da interação em diferentes contextos.

Juntos, os resultados do presente estudo reafirmam a importância da depressão materna para a interação mãe-bebê. Apontam particularmente para o seu papel no final primeiro ano de vida, considerando-se que muitos autores têm se dedicado principalmente ao estudo de suas repercussões nos primeiros meses após o parto. É importante salientar

que, devido às características do presente estudo, não foram considerados na avaliação da interação mãe-bebê diversos fatores associados à depressão da mãe, como as características do bebê, o apoio do companheiro, o apoio social dos familiares e a ocorrência de eventos estressantes. Nesse sentido, na próxima sessão serão examinadas as impressões das mães com e sem indicadores de depressão a respeito desses fatores que constituem a experiência da maternidade.

## **Parte II: Examinando as impressões das mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade**

Nesta seção serão examinadas as respostas das mães às questões da *Entrevista sobre desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade*. O objetivo foi o de examinar eventuais semelhanças e particularidades entre os relatos de mães com e sem indicadores de depressão. Para fins de análise, foram considerados os relatos relacionados principalmente às impressões maternas sobre a experiência da maternidade.

De acordo com a literatura, a expectativa inicial era de que, comparadas às mães sem indicadores de depressão, as mães com indicadores de depressão seriam mais negativas ao descreverem as impressões sobre seus bebês (Brown & cols.; Cutrona & Troutman, 1986; Field & cols., 1993; Hopkins & cols., 1997; Mebert, 1991; Whiffen, 1990) e sobre a maternidade (Anderson & cols., 1994; Brown & cols., 1994; Downey & Coyne, 1990; Fowles, 1996; Lovejoy & cols., 2000; Milgron & McCloud, 1996; Panzarine & cols., 1995; Romito & cols., 1999; Rutter, 1990).

Das 26 díades que participaram do estudo, apenas 18 foram utilizadas na presente análise. Isso foi feito para que se pudesse melhor contrastar os dois grupos, exacerbando os eventuais efeitos da depressão da mãe.<sup>6</sup> Dentre as mães selecionadas, quatro apresentavam indicadores de depressão moderada (M1, M2, M3 e M4), cinco apresentavam indicadores de depressão leve (M5, M6, M7, M8 e M9) e nove não apresentavam indicadores de depressão (M17, M18, M19, M20, M21, M22, M23, M25 e M26).

As respostas das mães com e sem indicadores de depressão foram examinadas através de Análise de Conteúdo Qualitativa (Laville & Dione, 1999). A análise ocorreu de acordo com os seguintes passos: 1) transcrição de todas as entrevistas; 2) demarcação das unidades temáticas; 3) criação de uma estrutura de categorias temáticas a partir da leitura das entrevistas; 4) identificação das unidades temáticas em cada entrevista; 5) análise propriamente dita. Com base na literatura (Brown & cols., 1994; Cutrona & Troutman, 1986; Field & cols., 1993; Hopkins & cols., 1997; Mebert, 1991; Romito & cols., 1999; Whiffen, 1990) e em leituras exaustivas das entrevistas feitas pela autora e por um segundo pesquisador, foram identificadas quatro categorias temáticas, com diversas subcategorias.

---

<sup>6</sup> Na presente análise, optou-se por incluir no grupo de mães com indicadores de depressão apenas as mães que obtiveram uma pontuação igual ou superior a quinze no Inventário Beck de Depressão. Da mesma forma, incluiu-se no grupo de mães sem indicadores de depressão apenas aquelas que obtiveram uma pontuação igual ou inferior a nove. Esse critério foi sugerido por Alvarado e cols. (1993), em um estudo que examinou o uso do Inventário Beck de Depressão na avaliação de quadros depressivos na gestação e puerpério.



Eventuais discordâncias entre os codificadores na análise foram dirimidas através de discussão e consenso. A estrutura final das categorias temáticas é apresentada logo abaixo:

### **Estrutura de categorias temáticas**

#### ***1 - Impressões sobre o bebê***

- 1.1 - Crescimento e desenvolvimento do bebê
- 1.2 - Habilidades do bebê
- 1.3 - Características emocionais do bebê

#### ***2 - Impressões sobre a maternidade***

- 2.1 - Sentimentos sobre ser mãe
- 2.2 - Principais dificuldades em ser mãe
- 2.3 - Avaliação sobre o próprio desempenho do papel materno

#### ***3 - Apoio nos cuidados com o bebê***

- 3.1 - Sentimentos sobre o desempenho, apoio e participação do companheiro
- 3.2 - Sentimentos sobre o apoio e participação de outras pessoas

#### ***4 - Eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê***

Todas as entrevistas foram analisadas tomando-se por base essa estrutura de categorias temáticas. Na análise de cada categoria, enfatizou-se as semelhanças e particularidades entre os relatos das mães com e sem indicadores de depressão, como pode ser visto a seguir.

#### ***1 - Impressões sobre o bebê***

Nesta categoria examinou-se as impressões maternas a respeito do bebê no final do primeiro ano de vida. Diversas questões na entrevista investigavam esse tema, por isso as respostas das mães foram examinadas a partir de três subcategorias, denominadas: 1.1) Crescimento e desenvolvimento do bebê; 1.2) Habilidades do bebê; e 1.3) Características emocionais do bebê. A seguir, analisam-se os relatos das mães em relação a cada uma das

subcategorias. Em cada uma delas enfatizam-se também as semelhanças e particularidades nas falas das mães em função do grupo ao qual pertenciam.

### 1.1 - Crescimento e desenvolvimento do bebê

Esta subcategoria refere-se aos relatos das mães a respeito de suas impressões sobre o crescimento e desenvolvimento do bebê. Na entrevista esse tema foi examinado através da seguinte questão: *Como está o crescimento/desenvolvimento do teu bebê?* A análise conjunta dos relatos dos dois grupos de mães mostrou semelhanças entre as mães de ambos grupos e particularidades de um ou outro grupo em relação às impressões maternas.

Dentre as semelhanças, destaca-se inicialmente que algumas mães de ambos os grupos fizeram referências ao crescimento físico de seus bebês (M2/dm<sup>7</sup>; M18/sd; M22/sd):

*“Queres saber de peso e altura? Ah, ele aumentou bastante o peso e a altura. Mas não sei te dizer o quanto exatamente.” (M2/dm)*

*“Ele tá bem mais fortinho do que antes.” (M18/sd)*

*“Tá tudo ótimo, tá até demais pra idade dela. Ela tá até com peso acima da média pra idade dela...” (M22/sd)*

Mães com e sem indicadores de depressão (M5/dl; M6/dl; M8/dl; M9/dl; M17/sd; M18/sd; M20/sd; M22/sd; M23/sd; M26/sd) falaram também a respeito do desenvolvimento cognitivo dos bebês, conforme descrito a seguir:

*“Não sei se é porque sou mãe, mas eu acho que ela tá tão inteligente! (...) eu acho que mudou muito. E às vezes eu fico...será que é essa a fase em que ela deveria estar fazendo assim ou será que a minha filha tá um pouquinho a mais?” (M5/dl)*

*“Para mim...eu tô achando ótimo! Tá dentro do normal... até a gente brinca que ele é superdotado (...) ele sempre foi super antenado para as coisas!” (M9/dl)*

*“Bem até demais! A gente fica abobada com as coisas que ele faz, ele é super inteligente! As coisas que a gente faz ele fica olhando, fica só olhando bem sério, aí daqui a pouco ele começa a fazer e não pára mais!” (M17/sd)*

*“Ele tá bem mais inteligente (...) tá mais esperto agora.” (M26/sd)*

---

<sup>7</sup> A letra M significa mãe e o número que acompanha a letra refere-se ao número recebido pela participante no presente estudo a fim de preservar sua identidade. A sigla dm diz respeito a indicadores de depressão moderada; a sigla dl refere-se à presença de indicadores de depressão leve; a sigla sd significa ausência de indicadores de depressão.

Algumas mães (M2/dm; M18/sd) destacaram o quanto seus bebês brincavam mais intensamente nesta fase do desenvolvimento, também em virtude do desenvolvimento cognitivo. Isto pode ser verificado nos relatos abaixo:

*“Agora ele brinca mais, ele já entende bem mais as coisas, né?” (M2/dm)*

*“Agora ele brinca, antes ele não brincava muito com os brinquedinhos. Já se entretém mais brincando.” (M18/sd)*

Porém, apesar de reconhecerem algum tipo de mudança nos bebês, algumas mães nos dois grupos (M1/dm; M2/dm; M26/sd) observaram poucas modificações no crescimento e desenvolvimento como um todo, como pode ser verificado nos relatos abaixo:

*“Não mudou muito. Só que agora ele tá caminhando. Da outra vez... eu não sei... ele engatinhava? Acho que não. Começou a engatinhar, aí começou a caminhar.” (M1/dm)*

*“De humor, de dormir e de alimentação é igual, não mudou.” (M2/dm)*

*“Não mudou muita coisa, só que ele começou a caminhar.” (M26/sd)*

Em relação às particularidades de cada grupo nas falas das mães, destaca-se a tendência evidenciada por algumas mães sem indicadores de depressão (M17/sd; M18/sd; M21/sd; M23/sd) em salientar o quanto seus filhos mostravam mais autonomia neste momento do desenvolvimento, conforme a descrição abaixo:

*“...agora ele mais ou menos já sabe pedir as coisas, né, o que ele gosta. Tá bem melhor agora!” (M17/sd)*

*“Ele tá sabendo mais as coisas, então já pode definir o que quer e o que não quer.” (M18/sd)*

*“Ela já entende o que a gente fala... e escolhe! Se tu dá dois brinquedos ela já sabe escolher qual ela quer.” (M21/sd)*

*“Ele entende e fala, ele já sabe pedir o que ele quer... ele demonstra o que quer, ele demonstra mais do que antes quando ele quer alguma coisa, quando ele gosta. Ele demonstra o que tá sentindo.” (M23/sd)*

Já entre algumas mães com indicadores de depressão (M3/dm; M4/dm; M7/dl) aparece uma visão negativa sobre as mudanças percebidas, como destacado a seguir:

*“Ele tá bem diferente das crianças que eu já cuidei. Eu achava que ele ia ser mais paradinho. Eu tô apavorada! Eu sempre lidei com criança mais calminha.” (M3/dm)*

*“Ah, tá bem cansativo, dá trabalho, né? Agora tem que ficar sempre em cima dela, tem que ser tudo pra ela. Tem que ficar sempre de olho agora que ela engatinha. Dizem que quando caminhar vai ser ainda pior.” (M4/dm)*

*“Ah, ele mudou muito! Ele tá cada vez pior (...) mais terrível... ele não pára... se deixar é vinte e quatro horas! Ele só pára na hora de dormir, se não é assim, ó! O dia inteiro. Ele tá assim.” (M7/dl)*

Examinando-se conjuntamente todas as falas das mães, constata-se que em ambos os grupos foram feitas descrições positivas de mudanças em relação ao crescimento e ao desenvolvimento do bebê, sobretudo no que tange a impressões sobre o desenvolvimento cognitivo, incluindo-se a capacidade de brincar e explorar o ambiente. Apesar disso, aparecem também nos dois grupos falas que denotam a impressão de que poucas mudanças ocorreram. Relatos a respeito da autonomia adquirida pelo bebê no final do primeiro ano de vida, porém, foram encontrados apenas no grupo de mães sem indicadores de depressão. Por outro lado, considerações negativas sobre as mudanças percebidas foram feitas apenas por mães com indicadores de depressão.

## **1.2 - Habilidades do bebê**

Nesta subcategoria foram examinadas as impressões das mães sobre as habilidades do bebê. Na entrevista esse tema foi investigado através da seguinte questão: *O que o teu bebê é capaz de fazer que te chama mais a atenção?* A análise conjunta dos relatos das mães com e sem indicadores de depressão mostrou semelhanças entre as mães de ambos grupos e particularidades de um ou outro grupo em relação às impressões maternas.

Quanto às semelhanças, mães de ambos os grupos (M4/dm; M5/dl; M6/dl; M8/dl; M9/dl; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd; M22/sd; M23/sd; M25/sd) falaram a respeito da capacidade do bebê de imitar, de explorar o ambiente e da aquisição da fala, evidenciando admiração e contentamento. Isso pode ser constatado nos relatos a seguir:

*“São duas coisas [que mais chamam a atenção]: imitar e outra que eu vou te explicar... ela tem um cesto de brinquedos e fica trazendo um por um na sala enquanto a gente tá conversando. Ela faz um montinho e depois começa a levar tudo de volta. Eu acho interessante isso... se ela abre a gaveta do armário ela puxa as coisas pra fora e coloca tudo em cima da cama e depois no lugar de novo. São as duas coisas que eu mais admiro: imitar e essa aí.” (M5/dl)*

*“Que ele tá desenvolvendo as duas coisas junto: falar e caminhar... porque quando a criança desenvolve a fala não desenvolve o andar, né? Mas com ele foi de uma hora pra outra porque ele é muito esperto!” (M8/dl)*

*“Ele tá falando rápido demais. Tudo que a gente fala pra ele, que nem ontem... a gente vendo TV e apareceu um nenê, aí eu falei pra ele ‘olha o nenê’ e ele já começou a falar nenê, nenê.” (M17/sd)*

*“Ela já desce da cama sozinha, da minha cama ou da minha sogra. Ela vai de ré pra descer da cama. É um sarro. E eu acho um sarro ela conversando!” (M22/sd)*

Contudo, algumas mães com indicadores de depressão (M1/dm; M2/dm; M3/dm; M7/dl) mostraram-se menos satisfeitas com as novas habilidades do bebê. Atenta-se para o fato de que todas são mães de meninos, como pode ser constatado a seguir:

*“Ele tá mais chato, né[referindo-se ao fato do bebê estar caminhando], mas tá até melhor do que quando era menor que eu não podia largar...”(M1/dm)*

*“O que mais me chama a atenção é que ele quebra tudo. Pega os puxadores do balcão e quebra, pega tudo de cima da mesa, sobe em cima da pia... tudo! Sobe nos bancos, se pendura na janela, só coisa legal! Salta dentro da gaveta do bidê, tudo isso (...)Depois do aniversário dele, com um ano e cinco dias, ele andou. Desde os oito meses que ele já tá treinando, então para nós quando ele começou a caminhar de vez já não foi tanto assim. Já fazia tempo que ele tava enrolando... e eu achei que andando ele não ia depender tanto de colo, mas parece que precisa mais de colo do que antes porque não quer caminhar na rua também!” (M2/dm)*

*“Eu tô apavorada que ele não pode ver ninguém com roupa que ele quer pegar, quer apertar, já quer dar beijo na boca de outras crianças. Isso não pode ser coisa da cabeça dele, tem que ter alguém ensinando! Eu tô fora o dia todo e o pai dele também tem que ver quem ensina pra ele essas coisas.” (M3/dm)*

*“Ele abre tudo nos armários, abre a geladeira e coloca as coisas pra fora (...) e quando ele mexe nas coisas que ele sabe que não é pra mexer, aí ele vem pro teu lado e chora (...) que ele sabe que não é pra mexer, porque eu chamo a atenção dele quando não é pra mexer.” (M7/dl)*

Como mostra a análise conjunta dos relatos, mães de ambos os grupos mostraram-se satisfeitas com as novas habilidades do bebê. No entanto, relatos negativos a respeito das implicações das atuais habilidades foram verificados apenas no grupo de mães com indicadores de depressão, particularmente entre mães de meninos.

### **1.3 - Características emocionais do bebê**

As impressões maternas a respeito das características emocionais do bebê foram investigadas nesta subcategoria através das seguintes questões da entrevista: *Como tu descreverias o jeito do teu bebê agora, com um ano de idade? Era como tu imaginavas? O que está diferente? Como tu te sentes com isso?*

Considerando-se as semelhanças nas falas das mães com e sem indicadores de depressão, constata-se em ambos os grupos a existência de impressões positivas (M5/dl; M9/dl; M17/sd; M23/sd; M26/sd) a respeito dessas características, como exemplificado a seguir:

*“Ela sempre foi uma criança muito dócil, uma criança carinhosa. Ela gosta muito de beijar. Também! Eu vivo fazendo isso, né? E ela não é de estranhar, não é uma criança egoísta... ela é uma criança fácil de lidar... do jeitinho que eu imaginava!”(M5/dl)*

*“Eu acho que ele é uma pessoa super alto-astral. Eu imaginava que ele poderia ser daquelas crianças ‘xaropinho’, sabe? Poderia ser quieto, ser chorão, porque ele é super mimado, fica todo mundo em cima dele. Mas não... Tirando o que toda criança tem, dificilmente alguma coisa incomoda ele.”(M9/dl)*

*“Ele é super bem humorado, simpático, muito risonho. Dificilmente ele chora, só quando ele quer coisas que não dá pra dar (...) É, eu imaginava ele assim.” (M23/sd)*

*“Ele é carinhoso e muito esperto... ele é muito curioso, nisso puxou a mãe! É até mais do que eu imaginava... ele é um foguete!”(M26/sd)*

Impressões ambivalentes também foram relatadas por mães dos dois grupos (M3/dm; M4/dm; M6/dl; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd; M22/sd; M25/sd), conforme ilustrado abaixo:

*“Ele é bem alegre, eu acho ele bem alegre. É parecido comigo nisso, tá sempre rindo. Mas eu achava que ele ia ser mais calminho porque na minha família todo mundo é calmo e na do pai dele também. Eu não sei [para] quem ele puxou. Eu me pergunto [para] quem foi que ele puxou pra ser assim tão agitado, tão tihoso.” (M3/dm)*

*“Ah, sei lá, acho ela engraçadinha, meiga, mimosa, assim... Mas arteira, acorda e já faz bagunça. Mas eu gosto, eu não me importo. Mas ele [o marido] não gosta, ‘olha a bagunça dessa casa’... quando vê tá tudo virado, tudo com as portas abertas, caindo no chão e eu ‘ai, meu Deus!’ Eu imaginava que ela ia incomodar, até que ela não incomodou nada. Tá sendo como eu esperava. Mas às vezes eu fico braba com ela, eu xingo, mas depois me dá uma pena. Que nem quando ela tá mamando e morde. Eu xingo ela!” (M4/dm)*

*“É uma criança alegre, que mostra o que quer. Mas tudo tem que ser como ele quer. Não pode ser nada diferente. Se ele quer alguma coisa tem que ser na hora. O que eu achei que ia ser antes está sendo agora: achava que no começo ia ser o tempo inteiro pra ele, mas ele era super calmo, eu conseguia fazer tudo e não tinha problema, ele não chorava. Onde colocasse, ele ficava. Mas agora não, agora que ele tá descobrindo, tá caminhando. Ele me aluga mais em tempo. Então ele é assim, é brabo, tem que ser quando ele quer, se não fica furioso. Mas ele é calmo também...” (M18/sd)*

*“Ela é mimosa, queridinha, mas muito braba. Quando não se faz o que ela quer ela dá beliscão na mãe! Esses dias a mãe teve que botar na cama, né? De castigo. Ai não beliscou mais (...). Eu não ficava imaginando. Eu me preocupo muito é com a coisa da saúde, se ela vem atingindo as coisas que precisa. Eu tô muito feliz com o jeito que ela é.”(M21/sd)*

Relatos negativos sobre as características emocionais do bebê, contudo, foram verificados apenas entre algumas mães com indicadores de depressão (M1/dm; M2/dm; M7/dl; M8/dl). Cabe salientar, inclusive, a ocorrência de um conflito entre um bebê e sua mãe (M8/dl) no momento em que ela descrevia suas impressões. Os relatos podem ser vistos a seguir:

*“O jeito? Sem-vergonha, sem-vergonha! Ele é danadinho mesmo. Tipo assim, daqui a pouco ele vai ali e pega aquele rádio... ele pega tudo, tudo que tu... [Ele é curioso? - pergunta a entrevistadora] Ele é brabo, isso sim! Ah, sei lá, é que eu imaginava que eu queria quietinho assim. Na verdade eu queria uma menininha quietinha, calminha... aí vem ele, cabritinho, assim, e eu imaginava bem quietinho, uma guriuzinha. Tá tudo ao contrário... Eu não queria que ele fosse brabo. Acho que a gente vai brigar muito. Se ele é brabo, eu sou mais, entendeu? Ele vai me enfrentar e eu vou enfrentar ele muito mais. Hoje a gente já briga. Ele já quer me enfrentar, ele já vem.” (M1/dm)*

*“Ele é bem chorão. Não [não é como imaginava], imaginava que ele fosse chorar menos.” (M3/dm)*

*“Não, eu não achei que ele ia ser tão terrível assim, né K. [dirigindo-se ao filho]? Ele é muito furacão, ele não pára... um dia eu xinguei ele porque ele derrubou uma coisa na geladeira. Falei pra ele ‘não é pra mexer porque a mamãe vai passar um laço’. No outro dia ele tava enjoadinho. Sabe? Porque ele é assim, se tu xingar no outro dia tá doente.” (M7/dl)*

*“Ele é bem teimoso. Ele é todo brabinho, sabe? Tu não podes contrariar, dizer não. Ele já faz aquele jeito assim e dá tapa. Eu acho que é porque eu dou na bunda dele, então ele acha que quando a gente tá brabo dá tapa. Também! A gente agride e ele quer revidar... não imaginava que ia ser assim porque a gente nunca quer filho teimoso, desobediente, né [a mãe interrompe o que estava falando e diz:] ...O que foi filho, por que tu tá batendo na mãe? Tu viu [dirigindo-se ao entrevistador]? É aquilo de ‘vou te testar’. Outro dia eu dizia pra ele ‘não faz’, aí dei um tapa na mão dele. Ele fez de novo. Dei outro tapa. Ele continuou. Ele chorou, apanhou e não parou de fazer.” (M8/dl)*

Examinando-se conjuntamente os relatos acima descritos, constata-se que mães de ambos os grupos descreveram de forma positiva as características emocionais de seus bebês, considerando-os fáceis de lidar. Da mesma forma, mães dos dois grupos relataram também impressões ambivalentes sobre o bebê, na medida em que, simultaneamente, fizeram referências a características distintas, por vezes opostas, tais como: bom humor, docilidade, agitação e irritabilidade.

A análise conjunta dos relatos indicou também uma tendência entre as mães com indicadores de depressão em salientar o quanto seus filhos lhes pareciam de difícil trato, principalmente no que tange à desobediência ou excessiva emotividade. Cabe salientar que todas as mães com indicadores de depressão que assim descreveram seus bebês eram mães de meninos. Os conflitos existentes nesse grupo apareceram até mesmo no momento da entrevista quando uma mãe descrevia as características do bebê.

## **2 - Impressões sobre a maternidade**

Nesta categoria examinou-se as impressões maternas a respeito de alguns aspectos da maternidade. Diversas questões da entrevista investigavam esse tema, e as respostas das mães foram examinadas em torno de três subcategorias denominadas: 2.1) Sentimentos sobre ser mãe; 2.2) Principais dificuldades em ser mãe; e 2.3) Avaliação do próprio desempenho do papel materno. A seguir, analisam-se as falas das mães em relação a cada

uma das subcategorias. Em cada uma delas enfatizam-se também as semelhanças e particularidades em função do grupo ao qual pertenciam as mães.

## 2.1 - Sentimentos sobre ser mãe

Esta subcategoria refere-se aos relatos a respeito de como as participantes sentiam-se como mães. Na entrevista esse tema foi investigado através da seguinte questão: *Como tu estás te sentindo como mãe?*

Examinando-se conjuntamente as respostas das mães com e sem indicadores de depressão, algumas semelhanças podem ser destacadas. Dentre elas, a presença, em ambos os grupos, de descrições positivas sobre a maternidade (M3/dm; M4/dm; M5/dl; M6/dl; M19/sd; M22/sd; M23/sd; M25/sd; M26/sd), como pode ser verificado nos relatos abaixo:

*“Ah, ser mãe é bem legal, bem diferente de cuidar de criança.” (M3/dm)*

*“Para mim é a coisa mais gostosa do mundo. É gostoso o cheirinho, o beijinho dela, tudo! E se tornou gostoso quando eu vi que ela me chama... se ela tá em apuros daí ela chama ‘mamãe’ bem certinho. É a fase mais gostosa porque ela começou a retribuir carinhos.” (M5/dl)*

*“Parece que eu já nasci mãe! Não me imagino mais sem ser mãe... é tão bom!” (M25/sd)*

*“É uma experiência nova porque é uma descoberta nova a cada dia. E como eu não tô trabalhando eu passo a maior parte do tempo com ele. Então cada dia é uma coisinha nova que eu descubro. Ele de mim e eu dele...” (M26/sd)*

Também pode ser constatado nos dois grupos o sentimento de que, mesmo sendo uma experiência positiva, a maternidade implica em perdas e em cansaço (M1/dm; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd), como exemplificado a seguir:

*“Ah, eu gostei, vale a pena, mas claro que tem muita coisa ruim, né? Eu perdi um monte de coisa na minha vida. Mas não me arrependo; se tivesse que voltar atrás eu não voltaria.” (M1/dm)*

*“É muito bom mas é cansativo. Agora só penso nele, a minha vida é só dele... O resto todo é bom. É bom quando ele tá sorrindo, quando ele tá feliz, quando ele gosta de uma coisa, quando ele tá dormindo...” (M18/sd)*

*“A experiência é boa, apesar das correrias.” (M19/sd)*

*“Me sinto bem porque pensei que ia ser o maior sufoco, mas até que não é. Todo mundo dizia que eu era muito nova. Eu tenho quinze, tive ela com catorze. Eu pensei que ia ser um tédio. Só que não é... a gente não perde a juventude, ela continua. Claro que eu me privei de um monte de coisa...” (M20/sd)*

Relatos que evidenciam menor satisfação com a maternidade devido às características do bebê (M2/dm; M7/dl) ou a sentimentos de desvalorização (M9/dl) foram



particularmente manifestados entre algumas mães com indicadores de depressão, as quais não fizeram referências a aspectos positivos, como mostram os trechos a seguir:

*“Ah, eu achei que ia ser... eu não sei se sou eu que não tenho paciência ou se é ele que chora demais. Se eu te disser que tô achando... tô amando ser mãe, assim eu tô mentindo. O que mais eu posso falar? Eu acho que é só isso. Só falo de chorar, chorar, chorar, né? É que ele só chora...”* (M2/dm)

*“Às vezes nós brigamos, nós dois. Que ele tem esse gênio. Se não é como ele quer... Mas não tem nenhuma criança que seja perfeita, todos tem o seu problema. O dele é o gênio que ele tem.”* (M7/dl)

*“A minha mãe fica brincando, dizendo que eu preciso procurar uma psicóloga! É que eu acho que para uma criança dessa idade a mãe é tudo. Mas eu não sinto que ele dá essa importância, esse valor que eu queria que ele desse pra mim, sabe? Ele vai no colo de qualquer um. Eu queria que ele fosse mais agarrado.”* (M9/dl)

Como pode ser visto, em ambos os grupos aparecem descrições positivas sobre a maternidade. Da mesma forma, observam-se relatos que, ao mesmo tempo, abordam aspectos positivos e sentimento de perdas e de cansaço. Por outro lado, falas que denotam menor satisfação com a experiência e dificuldades no relacionamento com o bebê ou sentimentos de desvalorização aparecem apenas entre algumas mães com indicadores de depressão.

## 2.2 - Principais dificuldades em ser mãe

Esta subcategoria refere-se às respostas das mães sobre as principais dificuldades enfrentadas com a maternidade. Na entrevista esse tema foi investigado através da seguinte questão: *Que dificuldades tu tens sentido? Tu imaginavas que seria assim?*

Examinando-se conjuntamente as respostas das mães com e sem indicadores de depressão algumas semelhanças podem ser destacadas, como por exemplo o pouco tempo de que dispõem para estar com o bebê, devido ao trabalho ou estudo (M6/dl; M22/sd), bem como suas preocupações com a alimentação do bebê (M4/dm; M7/dl; M8/dl; M21/sd). Isso pode ser verificado nas falas abaixo:

*“Está sendo difícil o fato de eu não poder ficar muito tempo com ela. Às vezes eu me sinto até meio estranha de passar cinco dias chegando em casa à tardinha e vendo ela só um pouquinho antes dela dormir. Me sinto meio estranha pra ela. Mas fora isso eu acho que não tenho muita dificuldade.”* (M6/dl)

*“O mais difícil é ficar longe. Que nem agora, por exemplo, que a gente não sabe se ela vai se adaptar na creche por causa do nosso trabalho. Essas mudanças preocupam um pouco.”* (M22/sd)

*“Dificuldade mais é na hora de dar comida, que ela não quer comer. Fazer comida e não querer...” (M4/dm)*

*“No mais eu não tenho muitas dificuldades. Só em ficar pensando e inventando coisas pra ele comer. Eu me preocupo muito com isso.” (M8/dl)*

Relatos que denotam dificuldades pelo excessivo envolvimento com o bebê e pela impossibilidade de realizar outras atividades, como procurar emprego ou retomar os estudos, apareceram apenas no grupo de mães com indicadores de depressão (M1/dm; M2/dm; M5/dl). Destaca-se a irritação de uma dessas mães (M2/dm), o que pode ser visto durante a entrevista, ao ser interrompida por seu filho:

*“Dificuldade? Ai, às vezes dá, né, aquela rotina... antes eu não parava em casa. Todo dia eu estava na rua e agora eu tô todo dia dentro de casa com ele, aí eu não agüento mais. Antes eu não queria arranjar emprego pra não ficar o dia inteiro longe dele. Mas eu acho até que é pior porque se eu ficar grudada nele o dia todo eu vou passar o meu stress pra ele. Tá difícil, bah! Eu não achei que seria assim porque eu pensei que logo conseguiria um emprego... desanima, né? Têm dias que eu nem saio, já digo eu não vou conseguir, para que eu vou ir?” (M1/dm)*

*“Tu não pode fazer nada. Eu não tenho com quem deixar ele. Onde eu vou ele tem que ir junto. Se eu vou ao médico ele vai junto comigo. Então eu acho que para procurar um emprego não dá porque tu tem que levar ele junto. E tem outra: agora as creches estão de férias, daí [o bebê interrompe a fala da mãe]... assim que eu chegar em casa vou dar altas surras nele. Tu viu [dirigindo-se ao entrevistador]? Olha só o ‘goelão’! Grita por qualquer coisa...” (M2/dm)*

*“A dificuldade mais forte é voltar a estudar. Voltar a minha vida, sabe? Eu imagino que quando eu voltar eu vou ter que ter mais tempo pros livros, trabalhos, pra estudar pra prova, e vou ter que dar tempo pra ela e tudo o mais. Essa é a minha maior dificuldade. Porque eu fico naquela dúvida se coloco na creche ou não, o que fazer.” (M5/dl)*

Da mesma forma, constatou-se apenas no grupo de mães com indicadores de depressão um relato referente a dificuldades financeiras (M3/dm):

*“A dificuldade é em relação a dinheiro mesmo porque com ele eu tô sempre disposta, se tiver que largar alguma coisa pra ficar com ele, eu largo.” (M3/dm)*

Algumas mães, no entanto, não relataram dificuldades em relação à maternidade (M17/sd; M20/sd; M23/sd; M25/sd; M26/sd). Note-se que isto foi uma particularidade do grupo de mães sem indicadores de depressão:

*“Não sinto nenhuma dificuldade.” (M20/sd)*

*“Muitas mães me diziam... passavam sentimentos negativos pra mim. Eu vejo muitas mães inseguras, que se atrapalham. Mas eu não lembro de nenhuma dificuldade, assim. Eu optei por não trabalhar por enquanto e em nenhum momento me passou pela cabeça ‘eu não agüento mais ficar em casa’. Eu tô me sentindo bem.” (M23/sd)*

*“Pra mim tá tudo bem, eu acho que dou conta do recado.” (M25/sd)*

*“Dificuldade? Até já senti antes, mas agora não.” (M26/sd)*

De acordo com o exposto, verificou-se nos dois grupos a ocorrência de preocupações com o pouco tempo disponível para estar com o bebê, bem como em relação às recusas do bebê frente à alimentação. Dificuldades relacionadas ao excessivo envolvimento com o bebê, à impossibilidade de exercer outras atividades e a problemas financeiros foram relatadas apenas por mães com indicadores de depressão. Por outro lado, relatos de que a maternidade tem sido enfrentada sem dificuldades apareceram apenas entre mães sem indicadores de depressão.

### **2.3 - Avaliação sobre o próprio desempenho do papel materno**

Nesta subcategoria examinou-se as respostas das mães referentes às suas descrições sobre como se vêem no desempenho da maternidade. Na entrevista esse tema foi investigado através da seguinte questão: *Como tu te descreverias como mãe?*

A análise conjunta das respostas das mães com e sem indicadores de depressão revelou algumas semelhanças entre os grupos, destacando-se que mães de ambos os grupos consideraram-se boas mães e disseram que eram carinhosas, atenciosas e pacientes com seus bebês (M3/dm; M4/dm; M5/dl; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M23/sd; M25/sd). Cabe salientar que, dentre elas, duas mães com indicadores de depressão (M3/dm; M4/dm) fizeram referências ao desempenho negativo das próprias mães, avós dos bebês, evidenciando o desejo de agir de forma diferenciada:

*“Ah, uma mãezona. Quem dera eu tivesse tido uma mãe assim. Eu já sabia que eu ia ser bem diferente, que eu ia cuidar bem do meu filho.” (M3/dm)*

*“Bem... eu sempre quis isso. Sempre sonhei. Eu tinha necessidade de ter um filho pra ter uma família porque eu nunca tive. A minha mãe não cuidava dos filhos. Eu ficava um pouco com ela, um pouco em outras casas. Sempre senti carência.” (M4/dm)*

*“Eu não quero ser daquelas mães que implicam, sabe? Então eu deixo ela bem à vontade. E também eu sou muito carinhosa com a minha filha, eu sou paciente.” (M5/dl)*

*“Uma mãe carinhosa, eu acho, atenciosa, que tá sempre brincando.” (M18/sd)*

*“Eu acho que eu sou uma boa mãe.” (M19/sd)*

Algumas mães nos dois grupos (M6/dl; M7/dl; M8/dl; M9/dl; M21/sd; M26/sd), ainda que tenham descrito a si mesmas como boas mães, destacaram o quanto sentem-se desajeitadas, exigentes, autoritárias ou complacentes, por vezes evidenciando sentimentos de culpa em relação ao próprio desempenho:

*“Eu sou muito amarrada. Se eu tô sozinha com ela, ela me atrasa em tudo, é um caos mesmo. Eu largo a gurria pelada, molhada no chão, porque eu sou muito desajeitada. Mas eu acho que eu sou uma pessoa muito carinhosa com a minha filha. As pessoas podem até achar que não é tanto, mas eu sinto assim, entendeu? Às vezes te dizem que tu é uma mãe desalmada, que tu passa muito tempo longe da tua filha. Te dizem que se tu fez filho tu tem que assumir. Às vezes as pessoas acham que eu tenho que parar de estudar pra ficar com ela. Eu fico bem culpada.” (M6/dl)*

*“Olha, eu tinha uma expectativa quando eu estava grávida de que tudo ia mudar de uma hora para outra, aquela coisa de ser uma mãe responsável... Eu sinto que muitas vezes eu tenho falhas. Eu idealizei uma mãe, como que uma mãe deve ser. Aí eu fico me comparando com essa personagem que eu criei e eu vejo que, como mãe, eu tenho algumas falhas. Do tipo assim... eu gostaria de ter mais paciência... Mas no momento eu me considero uma boa mãe, eu procuro estar atenta a tudo.” (M9/dl)*

*“Às vezes eu fico pensando ‘será que eu sou uma boa mãe?’ Eu tento ser. Então eu espero que eu esteja sendo. Mas sempre me questiono porque às vezes em algumas coisas eu acho que acabo facilitando muito, que sou muito complacente na alimentação e no sono. Fico em dúvida se devo insistir ou não.” (M21/sd)*

*“Eu sou uma mãe presente, carinhosa. Às vezes um pouco autoritária demais. Mas sou esforçada...” (M26/sd)*

Descrições exclusivamente negativas sobre o próprio desempenho, associadas a impressões também negativas sobre as características do bebê, apareceram apenas entre mães com indicadores de depressão (M1/dm; M2/dm), como mostram os relatos:

*“Eu sou uma mãe chata, chata demais. Tem que ser tudo certinho e os outros têm que fazer tudo igual. Ultimamente eu tô tão estressada, que eu nem falo... eu não brinco quase com ele, eu fico muito mais fazendo outras coisas, eu não consigo ficar parada com ele. A minha mãe diz ‘quando tu não tá em casa ele fica tri calmo’. Quando eu não tô em casa... esses dias eu fui viajar e ele ficou feito um anjo. Foi só eu chegar e começa! Mas eu vou fazer o quê? Tem que ficar com ele. Ele quase me mata...” (M1/dm)*

*“Eu sou... eu não tenho muita paciência. Não sei se por mim ou por ele não colaborar muito. Mas se ele me deixasse lavar uma louça eu acho que já melhoraria cem por cento.” (M2/dm)*

Como mostram os trechos acima, mães de ambos os grupos descreveram-se como boas mães. Algumas mães com indicadores de depressão referiram-se ao desempenho de suas próprias mães, evidenciando o desejo de não repetir as mesmas falhas. Em ambos os grupos apareceram também, além de impressões positivas, relatos a respeito de características como “falta de jeito”, “exigência”, “autoritarismo”, “falhas” e “complacência”. Impressões exclusivamente negativas sobre o próprio desempenho, no entanto, foram verificadas apenas entre mães com indicadores de depressão e cujos bebês eram meninos.

### 3 - Apoio nos cuidados com o bebê

Nesta categoria examinou-se as impressões maternas a respeito do apoio recebido na rotina de cuidados com o bebê. Diversas questões da entrevista examinavam esse tema, e as respostas das mães foram agrupadas em duas subcategorias, denominadas: 4.1) Sentimentos sobre o desempenho, apoio e participação do companheiro; e 4.2) Sentimentos sobre o apoio e participação de outras pessoas. A seguir, analisam-se os relatos das mães em relação a cada uma das subcategorias. Em cada uma delas enfatizam-se também as semelhanças e particularidades nas falas das mães em função do grupo ao qual pertenciam.

#### 3.1 - Sentimentos sobre o desempenho, apoio e participação do companheiro<sup>8</sup>

Esta subcategoria examinou as impressões maternas sobre o desempenho, apoio e participação do companheiro nos cuidados com o bebê. As seguintes questões investigaram esses temas: *Eu gostaria que tu me falasse como estás vendo o teu companheiro como pai... Como é o jeito dele lidar com o bebê? Como tu achas que ele está sendo como pai? Era como tu imaginavas? Tu solicitas ajuda dele nos cuidados com o bebê? Como ele reage?*

Dentre as semelhanças entre os grupos quanto ao desempenho do companheiro como pai, destaca-se que mães dos dois grupos (M4/dm; M6/dm; M8/dl; M9/dl; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd; M22/sd; M23/sd; M25/sd; M26/sd) avaliaram o desempenho do companheiro de forma positiva, sendo essa a avaliação de todas as mães sem indicadores de depressão:

*“Super bem, eu não tenho nenhuma reclamação...” (M4/dm)*

*“Ah, eu acho ele um bom pai, eu sempre digo isso, de verdade. Ele é tri interessado, ele adora aquela filha dele. Todos os dias antes de ir pro trabalho ele fala que só queria ficar em casa com ela. Eu acho que ele também se sente meio afastado dela. Eu pensava que ele seria desleixado, mais largado, porque ele não se preocupa muito com a estética da filha. Mas às vezes ele faz mais do que eu, entendeu? Não tenho do que reclamar” (M6/dl)*

*“Bem. Super carinhoso com ela, atencioso com ela. Se dá muito bem com ela, tanto que ela fica morrendo de ciúme se ele pega outra pessoa, se eu deito no colo dele. Morre de ciúme.” (M20/sd)*

*“Ah, continua super legal, ele é um paizão. Ele é um pai bem presente, bem querido, bem atencioso. Se ele não pode dar uma atenção muito completa, ele vem e dá um beijinho nela e tal. Ele é super carinhoso, super atencioso, tem muita paciência com ela. É melhor do que eu imaginava (...)” (M21/sd)*

<sup>8</sup> As perguntas referentes a essa subcategoria não foram feitas a uma mãe (M2/dm).

Cabe salientar que dentre as mães com indicadores de depressão que avaliaram o desempenho atual dos companheiros de forma positiva, duas (M8/dl; M9/dl) fizeram referências a um desempenho anterior menos satisfatório, como mostram as falas a seguir:

*“Eu acho que ele tá bem. Já teve uma fase que o E. tava terrível. Agora ele tá melhor, eu acho que ele tá vendo que o L. tá mais espertinho. Sai mais com ele, tá mais próximo.” (M8/dl)*

*“Agora tá indo bem. No início ele não sabia lidar com criança pequena. Agora ele é o pai que eu queria. Antes era diferente porque ele era muito pequenininho.” (M9/dl)*

Impressões ambivalentes a respeito do companheiro como pai foram verificadas apenas no grupo de mães com indicadores de depressão (M1/dm; M7/dl). Uma delas (M1/dm) refere-se à impressão de que o desempenho do companheiro melhorou mas não é satisfatório. A outra (M7/dl) referiu que o desempenho do pai é satisfatório em alguns aspectos, como brincar com o bebê, mas não em outros, como por exemplo trocar o bebê:

*“Tá melhor agora. Eu não sei se é porque ele tá maior, mas eu sempre achei que quando o nenê crescesse ele iria melhorar. Tá mais esforçado. Antes ele não fazia nada... acho que ele achava que não era nada. Mas agora tá melhor, ele brinca mais. Eu só acho que as brincadeiras são muito agitadas... eu acabo me irritando com os dois, daí quando o M. tá lá [o pai do bebê não mora na mesma casa] eu fico o tempo todo irritada, brigando, xingando. Eu não agüento os dois brincando. Quando ele sai quem fica com a bomba sou eu... mas ele brinca mais, cuida mais. Antes ele não cuidava, praticamente. Mas mesmo assim ele é distraído, desligado, se tu deixa ele sozinho com o K. daqui a pouco ele nem sabe onde o K. tá mais (...)” (M1/dm)*

*“Esse pai dele aí é meio atravessado, né K. [dirigindo-se ao bebê]? Ele não muda, não faz isso, não faz aquilo... mas eles estão sempre grudados, sempre brincando. O principal ele faz direito.” (M7/dl)*

Outra particularidade constatada no grupo de mães com indicadores de depressão diz respeito às impressões de duas mães (M3/dm; M5/dl) sobre a rigidez de seus companheiros em relação aos bebês. Além disso, nas falas dessas mães não foi possível constatar descrições positivas sobre o desempenho do companheiro:

*“Ele é muito brigão, bah! Ele é muito assim de ter que andar na linha. Então o L. [bebê] já respeita mais ele do que eu. O que é errado ele não deixa o L. fazer, ele já não deixa. Ele é mais rígido do que eu. A gente acaba discutindo todo dia...” (M3/dm)*

*“Assim... só acho que o F. é um pouco... às vezes eu preciso chamar a atenção dele pra ele se policiar porque ele tem atitudes que vão um pouco além do que ela pode entender, sabe? Ele é um pouquinho mais severo do que eu sou com ela. Se ele diz não pra um objeto que ela pega, ele não aceita que ela fique colocando a mão porque já disse não. E eu sempre digo pra ele que não pode ser assim. Que ele tem que ir aos pouquinhos porque daqui a pouco ela vai entender. E ele acha que não, sabe? Mas eu peço e ele cede. Mas eu não acho que a L. [bebê] poderia ficar muito tempo com ele. Vamos supor: vou deixar ela com o F. pra eu estudar e ele, por exemplo, se ela não quer dormir e ele quer, ele pega e segura a cabeça dela se ela quer levantar a cabeça do berço. Se ela não quer não adianta, não dá pra botar à força. Ele se atrapalha nesse tipo de coisa.” (M5/dl)*

Quando questionadas sobre o apoio e participação do companheiro nos cuidados com o bebê, mães com e sem indicadores de depressão (M4/dm; M5/dl; M8/dl; M9/dl; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd; M25/sd; M26/sd) consideraram positivo o apoio recebido, como pode ser verificado abaixo:

*“Ainda bem que ele faz, me ajuda bastante, faz tudo até o serviço da casa. Ele me ajuda dia de semana pra gente poder terminar rápido... eu sempre procuro dar banho quando ele tá, pra ele me ajudar. Ele sempre pergunta se eu quero ajuda (...) ele apóia bastante.” (M4/dm)*

*“Mudou um pouco o jeito, a atitude, o contato dele com ela. Ele agora é sempre prestativo. Ele diz que o que melhorou é que agora dá pra brincar. Então agora ele sai sozinho com ela, leva no parquinho, cuida se eu precisar sair, dar uma volta, ir ao supermercado. Ele fica com ela em casa, coisa que geralmente ele não ficava porque ela chorava e ele entrava em desespero. Mas com o tempo o relacionamento deles foi se aprimorando mais, né? Quando eu peço ajuda é ‘não, sim, claro, claro, desculpa mãezinha!’, na hora. Pode estar fazendo o que estiver e não fica chateado, pula e já vai brincar. Eu digo ‘te mexe, F.’ e ele nunca reclama.” (M5/dl)*

*“Ele ajuda. Quando eu peço, quando eu preciso de alguma coisa, ele faz, não reclama de nada. Eu até achava que ele ia ser daqueles pais que acham que o trabalho da mulher é cuidar do filho, mas desde que nasceu o M. ele sempre participou bastante.” (M18/sd)*

*“Não precisa pedir ajuda porque ele tá sempre cuidando, se eu preciso ele vai ali e ajuda.” (M19/sd)*

Contudo, dentre as mães que avaliaram positivamente o apoio recebido pelo companheiro, duas mães com indicadores de depressão (M8/dl; M9/dl) referiram-se a momentos anteriores, nos quais sentiam-se menos apoiadas:

*“Antes ele não queria nada com nada, não queria nem pegar o nenê. Ficava brabo quando eu pedia. Agora não precisa pedir ajuda, mas quando eu estava na loja, sim. Pedia pra ele pegar no colo, mas não durava cinco minutos. Tinha dias que eu passava o dia inteirinho com o L. pendurado no colo, dando mamá, só descansava quando ele dormia. E aí o E. [companheiro] pegava cinco minutinhos e já ficava cansado.” (M8/dl)*

*“Quando eu comecei a trabalhar ficavam só os dois em casa e ele dava banho, dava comida. Fazia até coisa que eu nunca fiz porque eu não gosto, tipo bife de fígado. Trocava ele, brincava. Não precisou pedir ajuda mais. Antes ele ficava brabo, ele era meio distante, entendeu? Depois mudou.” (M9/dl)*

Algumas mães pertencentes aos dois grupos (M3/dm; M6/dl; M22/sd; M23/sd) relataram que seus companheiros atualmente mostram alguma resistência em ajudar nos cuidados com o bebê, como mostram suas falas:

*“No começo ele não fazia nada. Eu pedia pra ele ajudar e ele ‘ah, não dá!’ Nada ele queria, agora já tá mais... eu peço e ele faz tudo direitinho.... Mas só que ele ajuda assim: nas vezes que eu chamo ele vem, mas eu não posso ficar chamando ele o dia todo. No banho mesmo, ele diz ‘o que tu quer? Dar banho no L.?’. Mas ele vai, ele tem que me ajudar em tudo, né?” (M3/dm)*

*“Quando ele tá fazendo alguma coisa e eu preciso de ajuda, eu preciso pedir porque ele não vê, sabe? Porque ele demora pra assimilar as coisas. Então às vezes eu peço as coisas. Daí eu fico ‘E. vem aqui’. É uma briga toda a vez que eu peço pra ele fazer alguma coisa. Ele até aceita, mas às vezes ele fica meio de cara, principalmente quando ele tá fazendo outra coisa. Daí ele demora pra vir..” (M6/dl)*

*“Às vezes ele reclama que eu tô muito tempo na cozinha e ele tem que ficar com ela.” (M22/sd)*

*“Quando eu peço ele não faz assim na hora, mas faz. Só que tem que pedir duas vezes, tipo pra dar banho, trocar fralda, cuidar quando ele tá mexendo em alguma coisa.” (M23/sd)*

Quanto à ocorrência de particularidades entre os grupos, verificou-se que duas mães com indicadores de depressão (M1/dm; M7/dl) relataram que não se sentem apoiadas por seus companheiros, incluindo-se, em um dos casos (mãe que não vive com o pai do bebê) ausência de apoio financeiro. Isto pode ser verificado nos relatos a seguir:

*“Logo que nasceu ele não dava muita bola, então eu fiquei com aquela imagem dele não dar bola (...) Quando eu tô na casa dele às vezes eu peço ajuda. Antes eu pedia pra ele trocar fralda. Agora nem peço porque ele vai dizer que não, que tem que fazer isso ou aquilo. Agora nem peço. Eu sou assim, eu começo a pedir, se não faz eu nem dou mais bola, caio fora (...) ele não ajuda com dinheiro, agora por último ele começou a dar, mas é quase nada perto do que uma criança gasta, é quase nada.” (M1/dm)*

*“Não ajuda muito, não procura aprender. Ele logo já diz ‘ah, eu não sei’. Isso eu cobro muito dele porque às vezes eu tenho que sair, fazer alguma coisa. Que nem quando eu tô comendo alguma coisa e não posso mudar ele, ele pega e vai chamar a minha cunhada pra vir trocar ele porque eu não posso. A não ser pra por no banho, daí ele tira a roupa e coloca no banho. Mas se é pra mudar um xixi, uma fralda e coisa, nem precisa esperar o F. que o F. não aparece. Mas brincar ele brinca bastante, estão sempre grudados. Só que ele sempre dizia que iria cuidar, sabe? Às vezes eu digo pra ele ‘eu vou, no desespero, botar o K. do lado de lá da rua’... na hora de participar não é com ele, não.” (M7/dl)*

Como pode ser visto, semelhanças e particularidades foram encontradas em relação às impressões maternas sobre o desempenho do companheiro como pai e sobre o apoio e participação do companheiro nos cuidados com o bebê. Quanto à visão das mães sobre o desempenho de seus companheiros, verificou-se que em ambos os grupos apareceram impressões positivas, relacionadas ao envolvimento e carinho verificados na relação entre os pais e os bebês. Destaca-se, no entanto, que duas mães com indicadores de depressão que descreveram o desempenho atual de seus companheiros de forma positiva fizeram referências a desempenhos menos adequados em momentos anteriores. Descrições ambivalentes sobre o desempenho do companheiro foram relatadas apenas no grupo de mães com indicadores de depressão. Essas mães referiram-se à impressão de que o companheiro melhorou como pai, mas ainda não apresentava um desempenho satisfatório,



bem como à impressão de que o papel paterno é exercido de forma positiva em alguns aspectos, mas negativa em outros.

No que se refere ao apoio e participação do companheiro nos cuidados com o bebê, constatou-se que mães de ambos os grupos relataram que se sentiam apoiadas, tanto em relação aos cuidados com o bebê quanto na divisão das tarefas domésticas. Destaca-se que duas mães com indicadores de depressão fizeram referências à insatisfação com o apoio recebido em épocas anteriores, apesar de atualmente sentirem-se apoiadas. Também apareceram nos dois grupos relatos sobre a impressão de que o companheiro demonstrava certa resistência em ajudar. Sentimentos de insatisfação com o apoio recebido foram verificados apenas entre mães com indicadores de depressão.

### 3.3 - Sentimentos sobre o apoio e participação de outras pessoas

As impressões maternas sobre o apoio e participação de outras pessoas nos cuidados com o bebê foram examinadas nesta subcategoria, a partir das seguintes questões: *Há outras pessoas te ajudando a cuidar do bebê? Quantas horas esta (s) pessoa fica (m)? Como tu te sentes com outras pessoas cuidando do bebê? O que te agrada? O que te incomoda? Como o teu bebê reagiu no início quando outras (s) pessoa (s) ficava (m) com ele? E hoje, como ele reage? Como esta pessoa é com ele?*

A análise conjunta das respostas revelou que todas as mães entrevistadas contavam com o apoio de outras pessoas nos cuidados com o bebê. Algumas mães referiram-se em primeiro lugar ao apoio da própria mãe (M1/dm; M2/dm; M9/dl; M18/sd; M20/sd; M26/sd), como mostram os exemplos:

*“A minha mãe ajuda, a gente mora junto. Ela fica com ele a mesma coisa que eu, às vezes até mais porque eu fico fazendo as coisas pra ele, comida, preparar o banho. De preferência a mãe ajuda com a troca de fralda, isso eu deixo com ela. Agora a mãe dá o banho também. Na hora do banho eu já tô cansada porque ela fica cuidando da casa e eu fico com ele, e ele cansa a gente, não dá pra parar com ele. Ai eu deixo ela dar banho (...).” (M1/dm)*

*“Quando eu faço aula de informática ele fica com a minha mãe. Mas é segunda, quarta e sexta, no máximo duas horas. Se ele não me vê sair ele fica bem. A mãe ajuda às vezes, porque ela trabalha. Quando eu preciso sair fim-de-semana ela fica com ele.” (M2/dm)*

Outras referiram-se ao apoio recebido da sogra (M3/dm; M8/dl; M17/sd; M19/sd; M25/sd):

*“A gente mora junto com a minha sogra, então ela ajuda (...) Agora a minha sogra fica o dia inteiro com ele. Quando eu chego o pai dele também chegou há pouco tempo em casa. Mas ele tá bem, ela tá acostumada com ele.” (M3/dm)*

*“Quando o meu marido trabalha ele deixa o nenê lá na mãe dele, e lá tem um monte de gente.” (M19/sd)*

Algumas mães disseram contar principalmente com a ajuda de irmãos (M4/dm; M23/sd; M25/sd):

*“É difícil eu não estar com ele, mas esses dias eu precisei sair e deixei com o meu irmão.” (M23/sd)*

*“Ele vai na creche, mas a maior parte do tempo fica com a minha irmã. Ela adora ele, é a dinda (...) Meio dia ela pega ele na creche e daí fica até seis e meia, sete.” (M25/sd)*

Uma mãe relatou contar principalmente com a ajuda de uma cunhada (M7/dl):

*“Quem me ajuda a cuidar mesmo é uma cunhada que tá sempre lá em casa e trata ele e tudo. Ela vai todo dia lá, traz coisas diferentes de comer.” (M7/dl)*

Algumas mães afirmaram contar especialmente com o apoio de babás (M6/dl; M21/sd):

*“Ela fica a maior parte do tempo na babá.” (M6/dl)*

*“Tem a babá, a nossa empregada, que tá com ela desde que ela tinha cinco meses. Sempre que a gente precisa ela fica.” (M21/sd)*

Relato sobre o apoio de amigos (M5/dl) em primeiro lugar também foi verificado:

*“Aqui em Porto Alegre somos só nós dois, então na maioria das vezes a gente se priva de muitas coisas por causa dela. Nós temos uma família que cuida dela, é de uma amiga minha que é madrinha dela. Eles são todos apaixonados pela L., daí a gente vê que ela se sente bem com eles. Só que todos têm suas coisas, trabalho, estudo. Mas às vezes eu digo ‘pode ficar com a L. pra eu fazer tal coisa?’ e eles ‘sim, mãezinha, traz e tal’ (...) Quando eu vou pra minha cidade a minha mãe e uma das minhas irmãs ajudam. Elas ajudaram quando a gente foi pra lá por quinze dias, que eu precisei fazer uma cirurgia. Por isso às vezes eu penso em levar ela pra lá, pra ficar uns três, quatro meses por lá.” (M5/dl)*

Quando questionadas sobre seus sentimentos em relação ao apoio recebido por outras pessoas, mães com e sem indicadores de depressão (M1/dm; M3/dm; M6/dl; M7/dl; M8/dl; M9/dl; M17/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd; M23/sd; M25/sd) mostraram-se ambivalentes em seus relatos, destacando aspectos positivos e negativos:

*“ Eu me sinto bem, se eu ficasse só em função dele eu não conseguiria fazer tudo o que eu tenho pra fazer. Sozinha eu não daria conta. Ela é muito mais pacienciosa do que eu com o K. Ela brinca,*

*fica agüentando aquelas coisas dele. Só ela, né? Porque eu não agüento, tanto que quando ele tá chato demais eu vou lá e falo, passo pra ela. Mas às vezes eu acho que ela quer mandar um pouco demais e eu acho que ela não tem o direito de falar. Eu já sou muito mandona, tem que ser tudo do jeito que eu quero e ainda mais porque o filho é meu. E a gente briga também quando ela fala alguma coisa pro M. [pai do bebê] porque ele não sustenta (...)" (M1/dm)*

*"Eu fico tranqüila porque elas fazem tudo pelo guri. E ele se dá muito bem, adora, não estranha ninguém. Na verdade eu gostaria que ele fosse mais meu, entendeu? Eu cuidar, eu tomar conta. E agora a minha mãe tá muito de opinar, dizer como que tem que ser e não tem que ser. Mas depois eu paro e fico pensando, e acho até que é melhor assim porque eu não sei como eu iria agir se fosse só eu. Não sei se eu conseguiria dar conta da situação sozinha. É um apoio (...) Me desagrada que ela faz todas as vontades, mas eu fico feliz porque o guri tá bem. Mas eu fico pensando que se a gente der tudo o que uma criança quer depois ela vai ser uma criança egoísta, não vai saber dividir." (M9/dl)*

*" Ela fica bem, conhece, não estranha. Mas eu fico diferente, parece que tá faltando alguma coisa. Se eu não tô com ela no colo eu já me sinto diferente." (M20/sd)*

*"Ela [a madrinha do bebê, sua irmã] é mais coruja até que eu, ela é muito cuidadosa. Só se atrapalha com a comida, às vezes ela esquece o que ele come e isso me preocupa(...) mas no resto ela é bem atenta. E ele fica bem, tá acostumado com ela." (M25/sd)*

Já algumas mães sem indicadores de depressão (M18/sd; M22/sd; M26/sd) mostraram-se bastante satisfeitas com o apoio recebido, como mostram suas falas:

*"Eu fico bem segura quando elas ajudam, sei que é a mesma coisa, até gosto quando a minha mãe ou a mãe dele dão alguma opinião porque eu sou mãe de primeira viagem, então é a experiência delas que conta. Peguei uma sogra bem querida, bem legal (...) Ele sempre reagiu bem, está acostumado com todos." (M18/sd)*

*" Me sinto bem. Ela brinca, senta, tem paciência." (M22/sd)*

*"Se é a minha mãe ou a minha sogra, eu confio nelas (...) Me agrada o carinho das pessoas com o R. Até hoje não tinha visto nada assim." (M26/sd)*

Algumas mães com indicadores de depressão (M2/dm; M4/dm; M5/dl), no entanto, indicaram que se sentiam intranqüilas nas vezes em que precisavam contar com o apoio de outras pessoas. Isso pode ser constatado a seguir:

*"Eu acho que o problema realmente sou eu porque se ele me vê saindo de casa, ele chora, é muito dependente, muito chiqué. Mas é difícil eu sair porque eu não gosto de deixar ele com ninguém, por causa disso, que qualquer coisinha ele chora, sabe? Eu me sinto mal, achando que a pessoa vai ficar preocupada com isso, ficar nervosa. Esses dias deixei ele com uma vizinha, não ficou meia hora. Era a única que, fora a mãe, cuidava dele e agora nem isso eu tenho." (M2/dm)*

*"...Eu não tenho deixado porque eu achei que ela estava ficando magra, cheia de balda, chorava, chorava. Agora ficamos só nós dois com ela." (M4/dm)*

*"Eu me sinto um pouco mal [com outras pessoas cuidando do bebê], dou mil recomendações, procuro não demorar. Tem uma amiga mesmo que cuida (...) que ela, em vez de acalmar a L., fala alto, ri muito, brinca muito com a L., deixa ela agitada." (M5/dl)*

Examinando-se conjuntamente as falas das mães com e sem indicadores de depressão sobre o apoio e participação de outras pessoas nos cuidados do bebê, constata-se que todas as mães recebiam algum tipo de apoio, seja de suas próprias mães, sogras, irmãos, cunhadas, babás ou amigos. Verifica-se também que mães pertencentes aos dois grupos revelaram sentimentos ambivalentes sobre o apoio recebido, uma vez que reconheceram aspectos positivos e negativos no fato de dividir os cuidados do bebê com outros.

Algumas particularidades também foram observadas. A primeira delas refere-se à satisfação de algumas mães sem indicadores de depressão com a ajuda que recebiam de outras pessoas. A segunda particularidade disse respeito ao fato de que algumas mães com indicadores de depressão, ao contrário, mostraram-se pouco tranquilas em deixar seus filhos sob responsabilidade de outros cuidadores.

#### ***4 - Eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê***

Esta categoria refere-se aos relatos das mães sobre a ocorrência de eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê. Na entrevista a seguinte questão examinou esse tema: *Ao longo deste primeiro ano de vida, tu vivenciaste situações estressantes? Quais?*

A análise conjunta das respostas revelou algumas semelhanças e particularidades entre os dois grupos. Dentre as semelhanças, verificou-se que os primeiros dias após o parto (M5/dl; M18/sd) e os primeiros meses de envolvimento exclusivo com o bebê (M17/sd) foram considerados eventos estressantes para representantes dos dois grupos, como mostram as falas a seguir:

*“O pior foi quando ela nasceu. Porque eu não tinha experiência. E quando a minha mãe foi embora eu não sabia dar banho, não sabia lidar com a cólica. Foi isso que mais me magoou, sabe? Não tanto por ela [o bebê], mas por estar sozinha. Eu não esperava aquela coisa. Eu acho que sempre é bom ter alguém, é tudo muito novo, tu tá sempre cansada. Ela foi uma criança que fez tratamento pra dormir até os nove meses porque ela não dormia. Então era dia e noite essa criança acordada e eu junto, eu junto, só eu, eu, eu, eu! O F. [marido] tinha que trabalhar, tinha que fazer os cursos dele à noite e eu, né? Isso foi o que mais me marcou, assim. Mais, mais, mais. (...) Que sofrimento! Daí acumula, você tá parada, daí vem aquela fase da depressão pós-parto, não sei porque eu também não conheço muito...” (M5/dl)*

*“Foi assim que ele nasceu, nos primeiros vinte dias. Como eu não sabia nada de bebê, ele chorava muito e eu achava que era cólica, mas fui no médico e ele disse que era fome. Eu não sabia e só dava de mamar e isso não sustentava, eu tinha que dar complemento. Daí eu comecei a dar e acabou aquela choradeira, mas sem dúvida o início foi muito chato. O seio machucado eu não gosto nem de lembrar. A gente quase não aproveitou com ele recém-nascido porque era um cansaço só.” (M18/sd)*

*“Teve um tempo que eu tava estressada de ter que cuidar dele, ele era menor, mais no tempo que eu morava com a minha mãe, que não é tanto de cuidar como é a minha sogra. Então era só eu, porque o meu esposo trabalhava. Quando eu tava em casa com ele eu achava estressante, mas depois eu comecei a trabalhar e agora eu até sinto muita falta dele.” (M17/sd)*

Além disso, verificou-se que mães com e sem indicadores de depressão (M4/dm; M6/dl; M7/dl; M17/sd; M18/sd; M19/sd; M20/sd; M21/sd) sentiram-se estressadas devido a problemas de saúde apresentados por seus filhos em algum momento do primeiro ano de suas vidas:

*“Quando ela tinha febre ou estava gripada. Com febre alta, que não baixava, isso me preocupava bastante... ah, eu pensava um monte de coisa. Fizeram até exame de sangue nela porque a minha mãe estava hospitalizada e achavam que a meningite da minha mãe eu tinha passado pra ela pelo contato que eu tinha. Foi o que mais me preocupou. Mas não deu nada, graças a Deus, era só uma virose.” (M4/dm)*

*“Ah, eu acho que por ela ficar doente porque eu não tenho assim...não sei o que fazer quando a criança tá doente, com febre. Fico atucanada, eu choro, eu fico irritada porque eu não sei mesmo. Eu me sinto tri impotente, sabe? Isso me irrita, me estressa, me deixa louca.” (M6/dl)*

*“Só quando ele teve bronquiolite aos quatro meses... naquelas duas noites foi um verdadeiro inferno, que eu nem digo. Mas graças a Deus foram só aquelas duas noites que foram angustiantes.” (M19/sd)*

*“Teve uma situação em que ela ficou bem gripada e ficou com um pouquinho de conjuntivite. Foi sofrido pra todo mundo, foi bem estressante.” (M20/sd)*

Contudo, relatos sobre o estresse experimentado em circunstâncias de separação do bebê foram feitos apenas por duas mães com indicadores de depressão (M8/dl; M9/dl):

*“Quando eu coloquei ele na creche [por um período de dois meses] eu não conseguia parar de pensar nele um segundo, eu pensava a tarde inteirinha. Eu não descontraiá, sabe? Eu ficava tensa o tempo todo por não saber o que ele tava fazendo, se tava chorando. O tempo todinho eu ligava pra lá pra saber, ficava preocupada, não ficava tranqüila. Agora eu morro de pena, sabe? Eu acho que não devia ter deixado. Aquelas tardes que ele ficou chorando lá, sabe? Eu acho que eu judiei dele. É claro que isso é coisa de mãe. Mas eu acho que eu judiei dele, não devia ter deixado.” (M8/dl)*

*“Ah, quando eu tava trabalhando fora. Eu tava me sentindo muito assim, vamos dizer, afastada dele, entendeu? Tava me sentindo mal no trabalho, de estar longe dele, meio recalcada porque ele já não me dá tanta atenção, né? E quando o J. [marido] tava trabalhando eu ficava o dia inteiro com ele. Quando ele chegava o guri tinha uma reação, já ficava faceiro, já ia pro colo dele. E quando eu chegava ele olhava pra mim e eu tinha que pegar ele no colo. Ele olhava pra mim, dava um sorrisinho e voltava pra televisão. Tipo assim ‘ah, que bom’. Não tava nem aí pra minha volta. Eu queria a mesma festa que ele fazia com o pai dele, que ele sentia aquela falta o dia inteiro, eu queria que ele fizesse isso comigo. Eu me sentia horrível porque ele não fazia isso comigo. Me estressou muito esse período de trabalho.” (M9/sd)*

Outra particularidade do grupo de mães com indicadores de depressão refere-se ao relato de situações que foram consideradas atualmente estressantes. Dentre elas, destacam-

se conflitos familiares e de casal (M1/dm), dificuldades no manejo com o bebê (M1/dm; M2/dm) e dificuldades financeiras (M3/dm):

*“É, o tempo todo... porque agora o meu pai e a minha mãe vão se separar também. Tem aquele negócio da gente se mudar. Eles vão se separar, mas nós vamos todos pra mesma casa. Então é pior ainda, então tem um monte de situação... eu e o M. [pai do bebê], a gente briga, é um monte de coisa. Eu não vejo a hora de arrumar um emprego pra sair, entendeu? Vou alugar a minha casa, nem que eu tenha que colocar ele numa creche, mas vou sair um pouco. Se eu tivesse a minha casa eu não estaria nem aí (...) Em relação a ele [bebê]? Só que ele acorda cedo e incomoda muito.” (M1/dm)*

*“Só da mania dele de estar sempre no colo, chorando. Eu fico ainda o dia inteiro assim.” (M2/dm)*

*“Às vezes eu fico pensando sobre não poder dar as coisas pra ele porque até há pouco eu tava sem trabalhar. Comecei agora, mas até pouco tempo era só o pai dele. Eu ficava preocupada pensando em quando chegasse a hora de ter que dar alguma coisa e não poder dar. Ainda mais agora... meu pai e minha sogra tavam ajudando. Só que quando tu é pequenininho todo mundo ajuda, mas quando fica maior fica mais difícil. Até agora mesmo, no aniversário dele... eu cheguei e comprei as coisas, quase tudo, mas daí faltou um monte de coisa e aí nem saiu a festinha dele. Aí a gente vê e sente que quando crescer mais vai ter mais dificuldade. Tu precisar comprar e não ter dinheiro é horrível, né?” (M3/dm)*

Cabe destacar que algumas mães sem indicadores de depressão consideraram alguns eventos bastante específicos como os mais estressantes que viveram durante o primeiro ano de vida do bebê. Esses eventos incluíam: morte de um familiar (M19/sd); separação do casal anteriormente ocorrida (M22/sd); e intromissão eventual de um familiar nos cuidados do bebê (M25/sd)

*“Uma coisa difícil foi quando o meu primo morreu...” (M19/sd)*

*“Teve a separação, eu e o pai dela. Eu fiquei longe dele, eu fiquei mal. Tudo o que eu sentia, ela sentia junto. Foi bem difícil. Eu fiquei uns três meses na minha mãe e daí no final de fevereiro a gente voltou.” (M22/sd)*

*“Estressante, estressante? Quando eu viajei, pra visitar a avó. Ela se metia muito, então eu achei péssimo viajar e ele ficar muito perto das avó. Eu fiquei bastante nervosa e o nenê sentia isso, ele via que eu não tava gostando.” (M25/sd)*

De acordo com o que foi exposto, constata-se que mães com e sem indicadores de depressão experimentaram algum evento estressante ao longo do primeiro ano de vida de seus bebês, especialmente no que se refere aos cuidados com o recém-nascido e a preocupações frente a doenças. Contudo, a separação do bebê devido ao trabalho materno foi considerada motivo de estresse apenas para mães com indicadores de depressão. Além disso, verificou-se a partir dos relatos que apenas mães com indicadores de depressão referiram-se à ocorrência atual de eventos estressantes, particularmente conflitos na

família, dificuldades relacionadas ao manejo com o bebê, assim como dificuldades financeiras.

## **Discutindo as impressões das mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade**

Além de examinar a influência da depressão materna na interação mãe-bebê durante uma sessão de interação livre, o presente estudo também teve como objetivo examinar eventuais semelhanças e particularidades entre os relatos de mães com e sem indicadores de depressão. Esses relatos estavam relacionados principalmente às impressões sobre a experiência da maternidade.

A expectativa inicial, baseada na literatura, era de que seriam encontradas diferenças nas falas das mães com e sem indicadores de depressão. Mais especificamente, esperava-se que mães com indicadores de depressão fossem mais negativas em seus relatos do que mães sem indicadores de depressão, particularmente em relação às impressões sobre seus bebês (Brown & cols.; Cutrona & Troutman, 1986; Field & cols., 1993; Hopkins & cols., 1997; Mebert, 1991; Whiffen, 1990) e sobre a maternidade (Anderson & cols., 1994; Brown & cols., 1994; Downey & Coyne, 1990; Fowles, 1996; Lovejoy & cols., 2000; Milgron & McCloud, 1996; Panzarine & cols., 1995; Romito & cols., 1999; Rutter, 1990).

Os resultados do presente estudo corroboram em grande parte a expectativa inicial. Embora tenham sido identificadas semelhanças entre os grupos no que se refere a impressões positivas e ambivalentes, mães com indicadores de depressão apresentaram, de um modo geral, mais impressões negativas do que mães sem indicadores de depressão. A Tabela 6 apresenta de forma esquemática os principais achados do presente estudo. Na primeira coluna são apresentadas as semelhanças entre os relatos das mães com e sem indicadores de depressão para cada categoria analisada. Nas demais colunas, apresentam-se as particularidades encontradas nas respostas das mães pertencentes aos dois grupos em cada categoria. Na seqüência serão discutidos cada um dos aspectos apontados na referida tabela.

Como pode ser visto, a análise das respostas às questões que investigaram as impressões das mães sobre o bebê revelou semelhanças e diferenças entre os dois grupos. Em relação às impressões maternas sobre o crescimento, desenvolvimento e habilidades do bebê, mães com e sem indicadores de depressão relataram impressões positivas, destacando sua satisfação com o desenvolvimento cognitivo, crescimento físico e habilidade do bebê em explorar o ambiente.



Tabela 6

Síntese dos relatos das mães com e sem indicadores de depressão para cada categoria temática analisada

Categoria	Semelhanças	Particularidades	
		Com indicadores de depressão	Sem indicadores de depressão
1	<i>Crescimento e desenvolvimento</i> Impressões positivas sobre o desenvolvimento cognitivo do bebê e seu crescimento físico. Impressões de que poucas mudanças, como um todo, ocorreram.	Impressões negativas relacionadas à inquietude do bebê.	Impressões positivas relacionadas à autonomia do bebê.
	<i>Habilidades</i> Impressões positivas sobre a habilidade do bebê em explorar o ambiente.	Impressões negativas em relação às habilidades (mais agitados, caminham e mexem em tudo).	Sem particularidades.
	<i>Características emocionais</i> Impressões positivas (bebês fáceis de lidar). Impressões ambivalentes (bebês fáceis de lidar em alguns momentos, porém difíceis em outros).	Impressões negativas (bebês difíceis de lidar).	Sem particularidades.
2	<i>Sentimentos sobre ser mãe</i> Impressões positivas (a maternidade é uma experiência boa). Impressões ambivalentes (a maternidade é uma experiência boa, mas implica em perdas e cansaço).	Impressões negativas (insatisfação relacionada às características do bebê e a sentimentos de desvalorização).	Sem particularidades.

Continuação da Tabela 6

Categoria	Semelhanças	Particularidades	
		Com indicadores de depressão	Sem indicadores de depressão
2	<p><i>Principais dificuldades em ser mãe</i></p> <p>Pouco tempo disponível para o bebê. Enfrentamento das recusas do bebê diante da alimentação.</p>	<p>Excessivo envolvimento com o bebê. Dificuldades financeiras.</p>	<p>Ausência de relatos sobre dificuldades.</p>
	<p><i>Avaliação do próprio desempenho</i></p> <p>Avaliação positiva (boa mãe). Avaliação ambivalente (boa mãe, mas com atuação insatisfatória em alguns aspectos).</p>	<p>Avaliação negativa (chata e impaciente).</p>	<p>Sem particularidades.</p>
3	<p><i>Desempenho, apoio e participação do companheiro</i></p> <p>Impressões positivas sobre o desempenho (envolvimento e carinho). Impressões positivas sobre o apoio e participação (apoia e é muito prestativo). Impressões ambivalentes sobre o apoio e participação (ajuda, mas com certa resistência).</p>	<p>Impressões ambivalentes sobre o desempenho (positivo em alguns aspectos, mas negativo em outros; sentimento de que melhorou, mas não é satisfatório; pai rígido com o bebê). Impressões negativas sobre o apoio e participação (insatisfação).</p>	<p>Sem particularidades. Atenta-se, porém para o fato de que impressões positivas foram relatadas por todas as mães desse grupo.</p>
	<p><i>Apoio e participação de outras pessoas</i></p> <p>Presença de uma rede de apoio social. Impressões ambivalentes sobre o apoio social recebido: positivo em alguns aspectos, mas negativo em outros.</p>	<p>Impressões negativas: intranquilidade.</p>	<p>Impressões positivas: satisfação.</p>
4	<p>Estresse atribuído ao cansaço e inexperiência nos primeiros dias após o parto. Estresse atribuído a problemas de saúde do bebê em algum momento do primeiro ano de vida.</p>	<p>Estresse atribuído à separação do bebê. Estresse no momento atual (conflitos familiares; manejo do bebê; dificuldades financeiras).</p>	<p>Sem particularidades.</p>

As semelhanças entre os grupos no que se refere a essas subcategorias não podem ser facilmente explicadas. No entanto, é possível pensar que, de certa forma, o acompanhamento longitudinal das mães ao participarem desde o terceiro mês do projeto de pesquisa no qual o presente estudo se inseria tenha influenciado de forma positiva as suas impressões, considerando-se que, a cada novo encontro, as mães eram estimuladas a pensar no quanto seus bebês haviam crescido e se desenvolvido. Sendo assim, poder-se-ia pensar também que, embora a participação das mães no projeto de pesquisa não tivesse fins psicoterápicos, a escuta de um profissional tenha surtido um efeito terapêutico para as mães com indicadores de depressão. Realmente, alguns estudos apontam que mães deprimidas, de um modo geral, beneficiam-se de intervenções que visam uma reflexão a respeito das capacidades do bebê (Eiden & Reifman, 1996; Field, 1995; Hart, Field & Nearing, 1998).

Impressões negativas a respeito da evolução do bebê, contudo, foram relatadas apenas por mães com indicadores de depressão, particularmente mães de meninos. Essas mães demonstraram maior insatisfação diante de novas habilidades, como caminhar e explorar o ambiente, considerando que seus bebês estariam mais agitados e curiosos. Por outro lado, e o que de certa forma parece ressaltar essa diferença, considerações positivas de que essas novas habilidades estariam relacionadas a uma maior autonomia do bebê foram verificadas apenas entre mães sem indicadores de depressão. Esses resultados endossam importantes concepções de Field (1995). Ao discutir as contribuições do bebê para os distúrbios das interações entre mães deprimidas, a autora destacou que, frente a menor responsividade dessas mães, os seus bebês poderiam se tornar mais agitados e ativos, no sentido de buscarem respostas mais adequadas. Além disso, conforme ressaltou a autora, essa busca por respostas maternas tenderia a aumentar conforme os bebês crescessem, na medida em que se tornariam mais atentos às falhas no contexto ambiental. De modo semelhante, Stern (1997) ressaltou que, diante da experiência de estar com uma mãe deprimida, o bebê passaria a agir como um reanimador, na tentativa de fazer com que a mãe estivesse emocionalmente presente. Sendo assim, poder-se-ia inferir que, no presente estudo, a conotação negativa dada pelas mães com indicadores de depressão às repercussões do crescimento, desenvolvimento e aquisição de novas habilidades de seus bebês teria, em alguma medida, relação com uma efetiva busca de atenção e tentativas de reanimação por parte de seus filhos.

Como foi exposto, no presente estudo relatos negativos de mães com indicadores de depressão sobre o crescimento, desenvolvimento e habilidades do bebê ocorreram apenas

entre mães de meninos. De fato, alguns autores apontam que mães deprimidas tenderiam a agir de forma mais confortadora e compreensiva com meninas, ao passo que seriam menos tolerantes com meninos (Cummings & Davies, 1994; Rutter, 1990). Além disso, a literatura aponta também para o fato de que mães deprimidas manifestariam mais hostilidade com meninos do que com meninas (Radke-Yarrow & cols., 1993), o que poderia estar relacionado às diferentes respostas apresentadas por meninos e meninas frente à depressão da mãe: segundo os autores, meninos de mães deprimidas tenderiam a responder ao afeto negativo da mãe com mais agitação e irritabilidade enquanto que as meninas com mais ansiedade.

Quanto às características emocionais do bebê, mães com e sem indicadores de depressão manifestaram impressões positivas e ambivalentes, na medida em que descreveram seus bebês como sendo fáceis de lidar ou fáceis em alguns momentos e difíceis em outros. Dentre os fatores que podem ter contribuído para a ocorrência dessas semelhanças, destaca-se a possibilidade de que as questões utilizadas na entrevista para o exame das impressões maternas sobre as características emocionais do bebê não tenham sido suficientemente sensíveis para captar de forma mais acurada as diferenças nas impressões das mães, considerando-se que não contemplaram a totalidade das dimensões do temperamento de seus bebês (cf. Thomas & Chess, 1977), permitindo apenas uma descrição geral sobre como percebiam suas características e como se sentiam em relação às características imaginadas e *reais*.

Contudo, a análise dos resultados mostrou que apenas mães com indicadores de depressão descreveram as características emocionais de seus bebês de forma negativa, o que ocorreu particularmente entre mães de meninos. Esses resultados apoiam a literatura, considerando-se que diversos estudos apontam para uma associação entre a presença da depressão materna e relatos negativos sobre o temperamento do bebê (Brown & cols., 1994; Cutrona & Troutman, 1986, Field & cols., 1993; Hopkins & cols., 1997; Mebert, 1991; Whiffen, 1990). Além disso, alguns autores apontam que meninos são freqüentemente descritos como mais irritáveis e mais difíceis do que meninas, e que essa característica de gênero poderia ter um impacto diferenciado entre mães deprimidas e não-deprimidas (Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993).

Alguns autores sugerem que as impressões negativas de mães deprimidas sobre seus bebês constituem-se em um dos principais fatores associados às dificuldades observadas em suas interações (Field & cols., 1993). Em relação a isso, poder-se-ia pensar que, no presente estudo, os relatos de algumas mães com indicadores de depressão

denunciaram sentimentos de que os comportamentos por elas observados nos bebês são tidos como desencadeadores de conflitos. Como exemplo, destaca-se novamente o trecho do relato de uma mãe com indicadores de depressão ao descrever as características emocionais de seu bebê e suas frustrações frente ao que é percebido: “...*tá tudo ao contrário... eu não queria que ele fosse brabo. Acho que a gente vai brigar muito. Se ele é brabo, eu sou mais, entendeu? Ele vai me enfrentar e eu vou enfrentar ele muito mais. Hoje a gente já briga. Ele já quer me enfrentar, ele já vem.*”.

De qualquer forma, torna-se importante ressaltar que a literatura não é consistente ao tratar das impressões de mães deprimidas sobre seus bebês, pois enquanto alguns investigadores consideraram que mães deprimidas poderiam ter uma visão acurada a respeito de seus bebês (Hammen & cols., 1987; Richters, 1992; Richters & Pellegrini, 1989) outros consideraram que elas tenderiam a avaliar o comportamento de seus bebês mais negativamente do que o fariam outros codificadores (Field & cols., 1993). Segundo Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer e Beckmann (2000), essa inconsistência reside em parte nos instrumentos usados como medida do temperamento infantil, comumente questionários dirigidos aos pais. Para os autores, a validade desses instrumentos é limitada pela extensão em que os julgamentos dos pais sobre as características da criança são confundidos com suas próprias expectativas e características de personalidade. Para autores como Mebert (1991) e Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick e Riordan (1996), no entanto, as percepções dos pais sobre o temperamento da criança têm particular relevância preditiva justamente em virtude do componente subjetivo de suas impressões.

A análise das respostas maternas às questões que investigaram as impressões sobre a maternidade também revelou semelhanças e diferenças entre os dois grupos. Quanto aos sentimentos sobre ser mãe e quanto à avaliação sobre o próprio desempenho como mãe, por exemplo, verificou-se que mães com e sem indicadores de depressão demonstraram impressões positivas e ambivalentes. Porém, constatou-se que apenas mães com indicadores de depressão evidenciaram impressões negativas sobre a maternidade, as quais estavam de alguma forma relacionadas com o sentimento de ter um bebê difícil de lidar e com o sentimento de ser pouco valorizada pelo bebê. Além disso, verificou-se que apenas mães com indicadores de depressão descreveram seu próprio desempenho de forma negativa, atribuindo suas falhas ao fato de lidarem com um bebê considerado “difícil”. Esses resultados apoiam a literatura, considerando-se as evidências de que mães deprimidas comumente relatam mais sentimentos negativos em relação à maternidade do que mães não-deprimidas (Anderson & cols., 1994; Brown & cols., 1994; Downey &

Coyne, 1990; Fowles, 1996; Lovejoy & cols., 2000; Milgron & McCloud, 1996; Panzarine & cols., 1995; Rutter, 1990).

Como mostra a literatura, alguns estudos têm se preocupado com a compreensão das possíveis origens das dificuldades manifestadas pelas mães deprimidas. Em uma revisão sistemática de 46 estudos que investigaram a relação entre depressão e problemas na maternagem, Lovejoy e cols (2000) sugeriram que as dificuldades maternas ocorreriam em função de alguns sintomas associados à depressão, como ansiedade e irritabilidade. Para os autores, a ansiedade e preocupação da mãe deprimida poderiam explicar sua menor responsividade e atenção às necessidades da criança, enquanto que sua irritabilidade estaria associada a maior expressão de afeto negativo e menor tolerância frente aos comportamentos da criança.

A partir dessas concepções, poder-se-ia pensar que, no presente estudo, os sentimentos negativos sobre a maternidade, atribuídos às dificuldades em lidar com um bebê tido como “difícil” ou que pouco valoriza a presença materna, estariam associados, por um lado, à demasiada preocupação e a menor tolerância da mãe diante dos comportamentos do bebê, em virtude de seu quadro depressivo. Por outro lado, é possível pensar que as impressões negativas das mães com indicadores de depressão teriam alguma associação com comportamentos efetivamente “difíceis” de seus bebês, tendo em vista a concepção de que a interação mãe-bebê caracteriza-se como um processo bidirecional, no qual os comportamentos da mãe e do bebê são mutuamente influenciados (Belsky & cols., 1984; Brazelton, 1988; Cramer & Palácio-Espasa, 1993; Isabella & cols., 1989; Klaus & Kennell, 1993; Klaus & cols., 2000; Mazet & Stoleru, 1990; Stern, 1992, 1997).

A relação observada no presente estudo entre a ocorrência de relatos negativos sobre a maternidade e dificuldades em lidar com o bebê permitem pensar que, como sugeriram Maldonado (1990) e Soifer (1980), o caráter conflituoso da experiência da maternidade pode contribuir para a precipitação ou agravamento da depressão materna. Essas concepções são apoiadas também pelas considerações de Stern (1997) a respeito da relação existente entre a ocorrência da depressão e os sentimentos de perda subjacentes aos sentimentos de ganhos com a maternidade, os quais seriam o resultado de uma profunda reavaliação da própria identidade feminina.

Quanto às principais dificuldades em ser mãe, as respostas também revelaram semelhanças e particularidades. Uma semelhança encontrada entre os grupos refere-se ao fato de que mães com e sem indicadores de depressão consideraram o pouco tempo disponível para estar com o bebê uma das principais dificuldades enfrentadas no exercício

da maternidade. Como revelaram os seus relatos, essa restrição devia-se principalmente aos seus compromissos profissionais. A partir desse resultado, poder-se-ia pensar que, no presente estudo, o conflito maternidade versus profissão apresenta-se estreitamente relacionado à condição de ser mãe, independente da presença de depressão. Langer (1986) considerou que esse conflito constitui uma das mais importantes dificuldades da mulher na atualidade, ocorrendo em função de restrições impostas à maternidade por circunstâncias sociais, culturais e econômicas. Para a autora, a difícil tarefa de integrar a realização profissional, vida amorosa e maternidade implica em uma série de problemas de ordem prática, os quais muitas vezes resultam em sentimentos de culpa e inadequação.

Além do pouco tempo disponível para estar com o bebê, algumas mães pertencentes aos dois grupos mostraram-se apreensivas em relação à alimentação de seus filhos. Em relação a isso, Stern (1997) ressaltou que preocupações referentes à alimentação do bebê constituem um tema comum àquilo que denominou *constelação da maternidade*, ou seja: uma nova, única e temporária organização psíquica, originada a partir do nascimento de um bebê, a qual determina uma nova série de tendências de ação, sensibilidades, medos e desejos da nova mãe. De acordo com essas concepções, a partir da apreciação da natureza dessa organização alguns temas subjetivos que as mães experenciam seriam melhor compreendidos, dentre eles a preocupação materna com a manutenção da vida e do crescimento do bebê. Para Stern, o sucesso com a alimentação representaria para as mães a confirmação de sua capacidade mantenedora.

Contudo, verificou-se que apenas mães com indicadores de depressão consideraram o excessivo envolvimento com o bebê uma das principais dificuldades em relação à maternidade. Em relação a isso, algumas mães falaram a respeito do desejo de trabalhar ou retomar os estudos (“*voltar à minha vida*”, como disse uma das mães), o que consideraram difícil em virtude das necessidades do bebê e da ansiedade frente à possibilidade de separação dos mesmos. Esses achados corroboram as evidências encontradas na literatura a respeito de associação entre trabalho e saúde mental da mãe. Em um estudo desenvolvido por Hock e DeMeis (1990), por exemplo, as autoras investigaram os fatores que mediam a relação entre trabalho, maternidade e saúde mental materna doze meses após o nascimento do bebê. Os resultados encontrados indicaram que mães que preferiam trabalhar mas permaneciam em casa apresentaram níveis mais altos de sintomas depressivos quando comparadas àquelas que não o faziam. Além disso, encontraram que aquelas mães manifestaram uma série de conflitos relacionados às suas crenças a respeito do papel materno e da separação de seus bebês. De acordo com as autoras, a crença feminina na

maternidade como um instinto estaria associada a maior ansiedade frente à separação dos filhos, na medida em que o sentimento de ser a única pessoa capaz de cuidar do bebê implicaria na rejeição de cuidados alternativos. Em outro estudo que investigou essas questões, McKim, Cramer, Stuart e O'Connor (1999) também encontraram que mães trabalhadoras que optaram por ficar em casa apresentaram níveis mais altos de depressão, assim como foram consideradas emocionalmente mais instáveis ao cuidarem de seus bebês do que mães que desejavam trabalhar fora e assim o faziam.

Outra particularidade do grupo de mães com indicadores de depressão em relação às principais dificuldades em ser mãe, refere-se ao relato de uma mãe sobre seus problemas financeiros. Em relação a isso, a literatura mostra que preocupações dessa ordem têm sido apontadas como estando associadas à depressão materna. Por exemplo, em um estudo desenvolvido por Romito e cols. (1999), os resultados revelaram que, dentre mães de bebês de um ano de idade na França e na Itália, um dos fatores mais associados ao estresse materno foi a dificuldade financeira com a qual se deparavam, frente ao próprio desemprego ou ao desemprego dos companheiros. Esses resultados foram apoiados também por Reading e Reynolds (2001) em um estudo recente sobre as implicações das dificuldades financeiras na precipitação ou agravamento da depressão.

No presente estudo, foram também examinados os sentimentos e impressões maternas a respeito do apoio social recebido nos cuidados com o bebê. As mães foram questionadas sobre os seus sentimentos quanto ao desempenho do companheiro como pai e quanto ao apoio do companheiro e de outras pessoas que as cercam. No que se refere às impressões sobre o desempenho do companheiro como pai, algumas semelhanças e particularidades foram constatadas. Dentre as semelhanças, verificou-se que mães pertencentes aos dois grupos manifestaram impressões positivas, dizendo-se satisfeitas com o seu envolvimento e carinho com os bebês. O mesmo ocorreu em relação às impressões sobre o apoio do companheiro, na medida em que mães com e sem indicadores de depressão relataram sentirem-se apoiadas tanto em relação aos cuidados diários com o bebê quanto pela divisão das tarefas domésticas. Também foram constatadas impressões ambivalentes nos dois grupos, considerando-se que algumas mães com e sem indicadores de depressão, apesar de sentirem-se apoiadas, falaram da resistência dos companheiros em ajudá-las.

Como mostram as falas, todas as mães sem indicadores de depressão manifestaram satisfação com o desempenho de seus companheiros. Porém, dentre as quatro mães com indicadores de depressão que também evidenciaram impressões positivas a esse respeito,



duas fizeram referências ao fato de que, em outros momentos, sentiram-se menos satisfeitas. Além disso, as mesmas participantes referiram-se também a uma insatisfação anterior com o apoio recebido do companheiro, embora tenham se considerado atualmente apoiadas. Sendo assim, poder-se-ia pensar que, embora mães em ambos os grupos tenham manifestado impressões positivas, a frequência com que isso ocorreu em cada grupo estaria apontando para uma associação entre a presença de indicadores de depressão e uma menor satisfação com o desempenho do companheiro e com o apoio dele recebido nos cuidados com o bebê.

Dentre as particularidades observadas, constatou-se que apenas mães com indicadores de depressão demonstraram impressões ambivalentes sobre o desempenho do companheiro como pai, considerando-o positivo em alguns aspectos e negativo em outros. Além disso, apenas algumas mães com indicadores de depressão relataram impressões negativas sobre o apoio e participação do companheiro, mostrando-se insatisfeitas com a pouca ajuda prestada nos cuidados com o bebê e, no caso de uma mãe que não vivia com o companheiro, também com a falta de apoio financeiro.

Quanto ao apoio social de outras pessoas, a análise dos resultados também revelou semelhanças e particularidades entre os grupos. Dentre as semelhanças, constatou-se que todas as mães reconheceram contar com algum tipo de apoio social, como as próprias mães, sogras, irmãos, cunhados, babás e amigos. Uma outra semelhança residiu no fato de que mães com e sem indicadores de depressão avaliaram esse apoio de forma ambivalente, considerando-o positivo em alguns aspectos, por poderem dividir a responsabilidade do cuidado, e negativo em outros, pela intromissão ou descuido do outro cuidador, assim como pelo sentimento de vazio ao deixar o bebê com outra pessoa. Em relação às particularidades, os resultados mostraram que apenas mães sem indicadores de depressão relataram impressões positivas, mostrando bastante satisfação com o apoio recebido, enquanto que apenas mães com indicadores de depressão apresentaram impressões negativas, demonstrando o quanto sentiam-se intranquias ao precisarem contar com o apoio de outras pessoas.

Como pode ser visto, mães com indicadores de depressão, de um modo geral, demonstraram maior insatisfação com o desempenho do companheiro, com o apoio dele recebido e com o apoio social de outras pessoas. Esses resultados corroboram uma série de estudos que tem mostrado uma associação entre a ocorrência da depressão materna e o pouco apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento (Beck & cols., 1992; Brown & cols., 1986; Brown & cols., 1994; Kumar &

Robson, 1984; Deal & Holt, 1998; Romito & cols., 1999; Pfof & cols., 1990). Contudo, os resultados revelaram respostas semelhantes entre os dois grupos no que se refere ao reconhecimento da presença de uma rede de apoio social. Esses resultados apoiam os achados de Brown e cols. (1994) de que mães deprimidas relataram maior insatisfação com o apoio do companheiro e de outras pessoas, mas não diferiram de mães não-deprimidas em relação à percepção da presença desse apoio.

Assim como no presente estudo, Brown e cols. (1994) investigaram o quanto mães deprimidas estavam satisfeitas com a contribuição de seus companheiros nos cuidados com o bebê e em que medida estavam satisfeitas com o envolvimento do parceiro com o bebê. As autoras também encontraram que queixas de insatisfação foram mais frequente nos relatos das mães deprimidas, embora mães não-deprimidas também mostrassem insatisfação e descontentamento em alguns aspectos. Além disso, as autoras encontraram resultados similares no que diz respeito às impressões de algumas mães com indicadores de depressão de que o envolvimento do companheiro se daria muito mais em relação a brincadeiras e passeios do que em relação a tarefas mais exaustivas de cuidado com o bebê. Para as autoras, a divisão das tarefas em casa pode ser considerada um fator fundamental para a prevenção do estresse e da depressão materna.

A análise das respostas maternas às questões que investigaram a ocorrência de eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê também revelou semelhanças e particularidades entre os grupos. Dentre as semelhanças encontradas, verificou-se que mães com e sem indicadores de depressão sentiram-se de alguma forma estressadas nesse período, devido à ansiedade nos cuidados com o recém-nascido e a preocupações frente a doenças do bebê. Em relação a isso, é possível pensar que os resultados encontrados mais uma vez endossam a concepção de Stern (1997) de que preocupações com a manutenção da vida do bebê são comuns às mães e geram uma série de medos que são próprios da constelação da maternidade. Além disso, os resultados corroboram as idéias de Klaus e cols. (2000) a respeito do caráter natural das dificuldades enfrentadas pela nova mãe ao cuidar de seu bebê. Para os autores, a carga de responsabilidade contínua e o cansaço podem levar uma mãe a se sentir bastante preocupada em relação à sobrevivência de seu bebê e à forma como irá lidar com o que está ocorrendo.

No que se refere às particularidades, constatou-se no presente estudo que apenas mães com indicadores de depressão consideraram eventos estressantes a separação do bebê em virtude do trabalho, conflitos familiares, dificuldades no manejo com o bebê e

dificuldades financeiras. Esses resultados apoiam as evidências de que dificuldades relacionadas à separação do bebê motivada pelo trabalho materno (Hock & DeMeis, 1990; Langer, 1986), assim como conflitos familiares (Brown & cols., 1994), dificuldades com a maternagem (Lovejoy & cols., 2000) e problemas financeiros (Reading & Reynolds, 2001; Romito & cols., 1999) são importantes estressores, os quais estão estreitamente relacionados à depressão da mãe. Não obstante, esses resultados reafirmaram as impressões das mães com indicadores de depressão a respeito do que consideraram as principais dificuldades enfrentadas no exercício da maternidade.

Enfim, os achados do presente estudo sugerem muitas semelhanças mas também diversas particularidades nas falas das mães com e sem indicadores de depressão sobre suas impressões a respeito do bebê e da maternidade. Embora tenham sido verificadas similaridades, as evidências mostraram que ambos os temas foram abordados de forma mais negativa no grupo de mães com indicadores de depressão. Esses resultados apoiam parcialmente a expectativa inicial do estudo, baseada na literatura, de que haveriam diferenças entre mães com e sem indicadores de depressão em relação às suas impressões sobre o bebê e a maternidade.

## **Considerações finais**

O presente estudo teve o objetivo de examinar eventuais diferenças na interação mãe-bebê entre mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida, particularmente em uma situação de exploração de brinquedos. Além disso, visou examinar as impressões de mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade no primeiro ano de vida do bebê. Com base na literatura, esperava-se que mães com indicadores de depressão apresentassem menos comportamentos facilitadores da exploração de objetos pelo bebê e mais comportamentos não-facilitadores dessa exploração. Esperava-se também que seus bebês apresentassem mais afeto negativo e menos afeto positivo quando comparados às díades com mães sem indicadores de depressão. Além disso, esperava-se que mães com indicadores de depressão fossem mais negativas em relação às suas impressões sobre seus bebês e sobre a maternidade.

Os resultados encontrados apoiaram de forma expressiva as expectativas iniciais do estudo. Em relação à interação livre mãe-bebê, os escores totais de comportamentos maternos e infantis revelaram que mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da exploração de brinquedos pelos bebês, assim como seus filhos mostraram mais afeto negativo durante a interação. Quando as categorias de comportamentos maternos foram analisadas separadamente, os resultados mostraram que mães com indicadores de depressão foram mais apáticas e menos enfáticas na demonstração de ternura e afeição, assim como menos aptas a manterem a atenção de seus bebês nos brinquedos. Além disso, os resultados indicaram uma tendência marginalmente significativa entre mães com indicadores de depressão a uma menor introdução de brinquedos na interação com o bebê. Em relação à análise de cada categoria de comportamentos infantis separadamente, os resultados mostraram que bebês de mães com indicadores de depressão tiveram mais vocalizações negativas e uma tendência marginalmente significativa a sorrirem menos.

No que se refere às impressões sobre a experiência da maternidade, os resultados revelaram que, embora tenham sido verificadas similaridades, mães com indicadores de depressão descreveram de forma mais negativa seus sentimentos sobre o bebê e a maternidade, mostrando-se menos satisfeitas com a evolução do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas com as quais conviviam. Além disso, mães com indicadores de depressão consideraram que em algum

momento do primeiro ano de vida de seus filhos sentiram-se estressadas por terem de se separar deles em função do trabalho, assim como que se sentiam atualmente estressadas devido a conflitos familiares e conjugais, dificuldades no manejo com o bebê e dificuldades financeiras.

Juntos, esses resultados apresentam consistência ao revelarem que a presença de indicadores de depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê parece estar associada a uma relação mãe-bebê menos adequada, seja quando avaliada pela interação livre em uma situação de exploração de brinquedos ou quando se examinam as impressões sobre a experiência da maternidade relatadas pelas mães. Em ambos os procedimentos de investigação utilizados, constata-se maiores indicadores de problemas na interação mãe-bebê no grupo com indicadores de depressão.

Os resultados permitem pensar que as dificuldades observadas na interação mãe-bebê entre mães com indicadores de depressão estariam estreitamente associadas às impressões negativas dessas mães sobre o próprio bebê e a maternidade. É possível que diante da menor satisfação com a experiência da maternidade como um todo, as mães com indicadores de depressão estivessem mais preocupadas e menos atentas às necessidades de seus bebês durante a interação, comportando-se de forma a não facilitar o engajamento de seus filhos. Isso poderia também explicar o fato de que os bebês de mães com indicadores de depressão reagiram com maior demonstração de afeto negativo durante a interação mãe-bebê.

Apesar dos resultados da sessão de observação apontarem na mesma direção daqueles derivados das falas das mães, algumas expectativas não foram apoiadas simultaneamente pelos dois procedimentos de investigação utilizados. Por exemplo, na sessão de observação mães com indicadores de depressão mostraram-se mais apáticas e menos expressivas ao interagirem com seus bebês, mas nas suas falas esse tipo de comportamento não foi revelado, considerando-se que mesmo quando se referiam a aspectos negativos da experiência da maternidade demonstravam reagir frente às próprias insatisfações, manifestando desejo de mudança. Além disso, as falas revelaram que mães com indicadores de depressão sentiam-se por vezes contrariadas frente à agitação do bebê ao caminhar e explorar o ambiente. De acordo com suas falas, em algumas situações essas novas habilidades do bebê possibilitavam inclusive a ocorrência de conflitos, com o que sentiam necessidade de restringir de alguma forma os comportamentos do bebê. Porém, na sessão de observação as mães com indicadores de depressão não se mostraram mais contrariadas ou intrusivas com seus bebês. Dentre as possíveis explicações para essas

inconsistências, pode-se citar o fato de que para a análise das falas das mães contou-se com parte das mães que haviam participado da sessão de observação, particularmente as mais e menos depressivas. Pode-se pensar também que a artificialidade da situação de filmagem tenha contribuído para que as mães com indicadores de depressão tenham se esforçado no sentido de controlar comportamentos que seriam considerados inadequados.

Ao final do estudo, constata-se que alguns pontos poderiam ser melhorados ou aprofundados em estudos posteriores. Inicialmente, é importante considerar que os participantes deste estudo foram selecionados por conveniência e, somado a isso, em virtude do tamanho pequeno da amostra, a generalização dos resultados não se faz possível. Pode-se pensar que com uma amostra maior diferenças na interação mãe-bebê relacionadas ao sexo do bebê, por exemplo, pudessem ser identificadas, como tem sido encontrado na literatura. Além disso, com um número maior de participantes poderiam também ser identificados indicadores de depressão mais elevados entre as mães, o que poderia contribuir para a exacerbação de diferenças tanto na qualidade da interação entre as díades como em relação às impressões das mães sobre a experiência da maternidade.

Ainda em relação aos indicadores de depressão apresentados pelas mães, cabe salientar que no presente estudo a cronicidade dos quadros depressivos apresentados pelas mães não foi examinada. Como foi mencionado, apesar da amostra ser derivada de uma investigação longitudinal que acompanhava as mães desde a gestação, indicadores de depressão materna foram investigados apenas quando os bebês estavam com doze meses de vida. Novos estudos poderiam utilizar uma abordagem longitudinal, tendo em vista que, como mostra a literatura, as repercussões da depressão da mãe na interação mãe-bebê estariam estreitamente relacionadas ao tempo de permanência do diagnóstico, no sentido de que quanto maior esse tempo maiores seriam as implicações nos comportamentos maternos e infantis (Campbell & cols, 1995; Field, 1995).

Estudos futuros poderiam também examinar outros fatores não contemplados no presente estudo, os quais, de acordo com alguns autores, também poderiam contribuir para o prolongamento ou remissão da depressão materna, como a qualidade do relacionamento conjugal (Romito & cols., 1999) e do relacionamento com a própria mãe (Stern, 1997), a ocorrência de problemas psiquiátricos prévios (Cutrona & Troutman, 1986) e o temperamento do bebê (Cutrona & Troutman, 1986; Mebert, 1991; Whiffen, 1990). Um outro ponto que poderia ser ampliado em novos estudos que utilizassem abordagens longitudinais é a extensão das repercussões da depressão da mãe no desenvolvimento posterior da criança, dadas as evidências de que filhos de mães deprimidas teriam de duas a

cinco vezes mais chance de desenvolver problemas de comportamento do que filhos de mães não-deprimidas (Cummings & Davies, 1994).

Particularmente em relação à avaliação da interação livre entre as díades, pode-se pensar que o instrumento utilizado não tenha sido suficientemente sensível para captar algumas diferenças na dinâmica mãe-bebê dos dois grupos, principalmente no que diz respeito às categorias de comportamentos do bebê. Nesse sentido, seria interessante que novos estudos avaliassem outras dimensões da interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida, como por exemplo a comunicação mãe-bebê. Além disso, situações de interação previamente estruturadas também poderiam ser utilizadas na observação da interação mãe-bebê, a fim de que algumas categorias de comportamentos pudessem ser melhor observadas, como por exemplo a eventual intrusividade da mãe deprimida. Da mesma forma, estudos conduzidos em ambientes naturais poderiam trazer importantes contribuições, tendo em vista os vieses da artificialidade das sessões realizadas em laboratório.

Mais especificamente em relação à investigação das impressões das mães com e sem indicadores de depressão sobre a experiência da maternidade, cabe ressaltar que no presente estudo não foi computada a incidência de cada categoria temática entre os grupos. Seguindo a tradição da pesquisa qualitativa, foi dada ênfase na presença das manifestações independente de sua frequência. É possível que novos estudos que computem eventuais diferenças na frequência de determinados conteúdos possam destacar de forma mais marcante as particularidades entre os grupos. Por isso, é importante que outros estudos complementem a abordagem qualitativa utilizada no presente estudo e se utilizem de análises quantitativas dos relatos maternos.

Uma contribuição particular deste estudo foi a avaliação do impacto da depressão materna na interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida, considerando-se que a maior parte dos estudos tem investigado suas repercussões nos três primeiros meses após o nascimento do bebê, em virtude da maior incidência dos quadros depressivos maternos nesse período. Porém, é importante ressaltar que, atualmente, vários autores consideram adequada a utilização do termo “depressão pós-parto” ao se tratar da depressão que acomete as mães em algum momento do primeiro ano após o parto, com o que consideram também fundamental que se estenda essa investigação durante o primeiro ano de vida do bebê (Brown & cols., 1994; Cooper & cols., 1988; Cox & cols., 1993; Romito & cols., 1999).

Outra contribuição do presente estudo refere-se à comparação entre os relatos das mães com e sem indicadores de depressão a respeito de suas impressões sobre o bebê e a maternidade. A revisão da literatura revelou que esse tema ainda é pouco explorado, apesar das evidências de que as impressões negativas das mães com indicadores de depressão estão fortemente associados às dificuldades em suas interações com o bebê (Field & cols., 1993).

Enfim, diante das evidências das repercussões da depressão materna na interação mãe-bebê e das dificuldades relatadas pelas mães com indicadores de depressão, é muito importante que novos estudos dêem prioridade à avaliação precoce da depressão já durante a gestação. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, pode-se viabilizar a realização de intervenções com o objetivo de apoiá-la nesse momento importante de transição para a maternidade. Sabe-se que a gestação e, especialmente, os primeiros meses após o parto representam um período bastante sensível para a realização de intervenções, tendo em vista a gama de sentimentos experimentados pela mãe em relação ao nascimento do bebê. Sendo assim, a atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

Para finalizar, torna-se importante ressaltar que no presente estudo buscou-se proporcionar às participantes uma escuta sensível e, na medida do possível, isenta de juízos de valores. Com isso, espera-se que, independente da presença de indicadores de depressão, as mães tenham encontrado nessa escuta o incentivo necessário para a busca de novos e fundamentais espaços para a reflexão sobre os seus sentimentos e sobre sua relação com o seu bebê.



## REFERÊNCIAS

- Alvarado, M., Vera, C., Monardes, J., Rojas, M. Olea, E. & Neves, E. (1993). El Inventario de Depression de Beck en los cuadros depresivos del embarazo y del postparto. *Revista de Psiquiatria*, 2, 4-13.
- Anderson, V., Fleming, A. & Steiner (1994). Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12 (2), 69-77.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A. & Rutowsky, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21 (4), 287-293.
- Belsky, J., Taylor, D. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project II: The development of reciprocal interaction in the mother-infant dyad. *Child Development*, 55, 706-717.
- Bettes, B.A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development*, 59, 1089-1096.
- Bowlby, J. (1984a). *Apego e perda: Apego. Vol 1*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984b). *Apego e perda: Separação. Vol 2*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T.B., Cramer, B., Kreisler, L., Schappi, R. & Soulé, M. (1987). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Breznitz, Z. & Friedman, S.L. (1988). Toddler's concentration: Does maternal depression make a difference? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29 (3), 267-279.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z. & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.
- Campbell, S.B. & Cohn, J.F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594-599.

- Campbell, S.B., Cohn, J.F. & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31* (3), 349-357.
- Caplan, H.L., Cogill, S.R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R. & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry, 154*, 818-822.
- Carnes, J.W. (1983). Psychosocial disturbances during and after pregnancy: Helping the patient cope with prenatal stress and postpartum blues. *Postgraduate Medicine, 73* (1), 135-145.
- Cohn, J.F., Campbell, S.B., Matias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology, 26* (1), 15-23.
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry, 152*, 799-806.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry, 166*, 191-195.
- Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.
- Cramer, B. & Palácio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cummings, M.E. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 73-112.
- Cunha, J.A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M. & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico, 27* (1), 107-115.
- Cutrona, C. & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.
- Deal, L.W. & Holt, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health, 88* (2), 266-269.
- Dodge, K.A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology, 26* (1), 3-6.
- Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.

- Dractu, L. (1997). Transtornos psiquiátricos do puerpério e a escala de Edinburgh para depressão puerperal. *Revista Brasileira de Medicina*, 8 (5), 255-261.
- Eiden, R.D. & Reifman, A. (1996). Effects of Brazelton demonstrations on later parenting: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (6), 857-868.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-532.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., DelValle, C., Malphurs, J. & Hart, S. (1996). Depressed mother's perceptions of infant vulnerability are related to later development. *Child Psychiatry and Human Development*, 27 (1), 43-53.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26 (1), 7-14.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E.A. & Kunh, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T., Morrow, C. & Adlestein, D. (1993). Depressed mother's perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 16, 99-108.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21 (6), 1152-1156.
- Fowles, E. (1996). Relationships among prenatal attachment, presence of postnatal depressive symptoms and maternal role attainment. *Journal of the Society of pediatric Nurses*, 1 (2), 75-82.
- GIDEP (1998a). *Ficha de contato inicial*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (1998b). *Consentimento informado*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (1999a). *Observação da interação familiar*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP (1999b). *Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade aos doze meses*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Goldsmith, D.F. & Rogoff, B. (1997). Mother's and toddler's coordinated joint focus of attention: Variations with maternal dysphoric symptoms. *Developmental Psychology*, 33 (1), 113-119.

- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E. & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development, 64*, 515-531.
- Goodman, S.H. & Brumley, E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26* (1), 31-39.
- Hagen, E.H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior, 20*, 325-359.
- Hammen, C., Gordon, G., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C. & Hiroto, G. (1987). Maternal affective disorders, illness and stress: Risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychology, 144*, 736-741.
- Hart, S., Field, T., Del Valle, C & Pickens, J. (1998). Depressed mother's interactions with their one-year-old infants. *Infant Behavior and Development, 21* (3), 519-525.
- Hart, S., Field, T. & Nearing, G. (1998). Depressed mother's neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology, 23* (6), 351-356.
- Hart, S., Jones, N.A., Field, T. & Lundy, B. (1999). One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers. *Child Psychiatry and Human Development, 30* (2), 111-120.
- Hay, D.F. & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: A critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development, 25* (3), 165-181.
- Hock, E. & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: The role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26* (2), 285-291.
- Hopkins, J., Campbell, S.B & Marcus, M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 96*. 237-241
- Hopkins, J., Marcus, M. & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression: A Critical review. *Psychological Bulletin, 95*, 498-515.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J. & Del Valle, C. (1994). Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal, 15* (4), 348-357.
- Isabella, R. A., Belsky, J. & von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology, 25*, 12 - 21.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1993). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kumar, R. & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lawson, R., Parrinello, R. & Ruff, H. (1992). Maternal behavior and infant attention. *Infant Behavior and Development*, 15, 209-229.
- Leadbeater, B.J., Bishop, S. & Raver, C.C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32 (2), 280-288.
- Lester, B.M., Hoffman, J. & Brazelton, T.B. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 15-27.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal behavior and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1977). *O nascimento psicológico da criança: Simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Maldonado, M.T. (1990). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. Vozes: Rio de Janeiro.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McElwain, N.L. & Volling, B. (1999). Depressed mood and marital conflict: Relations to maternal and paternal intrusiveness with one-year-old infants. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(1), 63-83.
- McKim, M.K., Cramer, K.M., Stuart, B. & O'Connor, D.L. (1999). Infant care decisions and attachment security: The Canadian transition to child care study. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31 (2), 92-106.
- Mebert, C.J. (1991). Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Development*, 62, 352-361.
- Milgron, J. & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12 (3), 177-186.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.

- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M. & Hooper, R. (1993). Depressed mother's speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (7), 1083-1101.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F. & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109-119.
- Nachmias, C. & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski, E.M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- Panzarine, S., Slater, E. & Sharps, P. (1995). Coping, social support and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 17 (2), 113-119.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant behavior and Development*, 23, 23-39.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A. & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less depressed behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, 15 (4), 358-367.
- Pfost, K.S., Stevens, M.J. & Lum, C.U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (5), 588-592.
- Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29 (6), 986-988.
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P. & Richardson, D. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B. & Welsh, J.D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (6), 683-695.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Richters, J.E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Richters, J.E. & Pellegrini, D. (1989). Depressed mother's judgements about their children: An examination of the depression-distortion hypothesis. *Child Development*, 60, 1068-1075.

- Robson, C. (1995). *Real word research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Oxford, UK: Blackwell.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.J., Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Rutter (1990). Commentary: some focus and process considerations regarding the effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.
- Scherer, K.R. (1986). Vocal affect expression: A review and model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.
- Schwengber, D.D.S. & Piccinini, C.A. (2001). *Protocolo de análise da interação mãe-bebê de uma ano de idade durante a interação livre*. Instituto de Psicologia - Ufrgs, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A.J., Resnick, S. & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32, 12-25.
- Seiner, S.H. & Gelfand, D.M. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 66, 1519-1528.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Souza, C.A.C., Burtet, C.M. & Busnello, E.A.D. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17 (1), 38-47.
- Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. N. (1992). *O mundo interpessoal do bebê: Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tamis-LeMonda, C. & Bornstein, M. (1989). Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence. *Child Development*, 60, 738-751.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1991). Behavioural competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 919-929.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

- Tronick, E.Z. & Cohn, J.F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85-92.
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168, 607-611.
- Winnicott, D.W. (1982). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Whiffen, V. (1990). Maternal depressed mood and perceptions of child temperament. *The Journal of Genetic Psychology*, 151 (3), 329-339.



## ANEXO A

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

Nome da mãe:

Escolaridade:

Trabalha? ( ) sim ( ) não O que faz?

Esta é a tua primeira gravidez?

Com quantos meses tu estás?

Como está tua saúde?

Quantos anos tu tens?

O pai do bebê vive contigo? Há quanto tempo?

Como é o nome dele?

Qual é a idade dele?

O que ele faz? Qual é a escolaridade dele?

Ele tem outros filhos?

Qual o bairro que tu moras?

Endereço:

Telefone:

Data da entrevista:

Data prevista para o nascimento do bebê:

## ANEXO B

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

### Consentimento Informado

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

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

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

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

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Dr. César Augusto Piccinini, que poderá ser contatado pelo Tel: 3309507.

Data:     /     /

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

## ANEXO C

### OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO FAMILIAR (GIDEP - Ufrgs - 1999) (Décimo segundo mês do bebê)

Oi, como vocês estão? Como a gente já havia combinado, hoje nós vamos conversar um pouco mais com vocês e filmar o bebê, como fizemos no último encontro. Primeiro nós gostaríamos de começar filmando o bebê com vocês dois.

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

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

*(tempo de 8 minutos)*

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

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

- ***Para o pai:*** Você pode ficar à vontade e fazer como normalmente faz quando está com o bebê.

*(tempo de 8 minutos)*

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

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

- ***Para a mãe:*** Você pode ficar à vontade e fazer como normalmente faz quando está com o bebê.

*(tempo de 8 minutos)*

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

- Agora gostaria de continuar filmando vocês dois com o bebê por mais alguns minutos.

*(tempo de 8 minutos)*

***Quinto momento: filmagem do bebê com os pais durante a entrevista sobre o temperamento do bebê.***

- Para terminar, gostaríamos de continuar filmando o bebê enquanto nós conversamos.

*(tempo livre)*

## ANEXO D

### Protocolo de análise da interação mãe-bebê de uma ano de idade durante a interação livre

(Schwengber & Piccinini, 2001)<sup>9</sup>

Mãe nº \_\_\_\_\_ /Observador: \_\_\_\_\_ /Nº \_\_\_\_\_

<b>COMPORTAMENTOS MATERNOS</b>																	<b>TOTAL</b>
INTRODUZ UM BRINQUEDO																	
MANTÉM ATENÇÃO EM UM BRINQUEDO																	
REDIRECIONA ATENÇÃO PARA OUTRO BRINQUEDO																	
EVIDENCIA INTRUSIVIDADE AO BRINCAR																	
EXPRESSA PRAZER/ALEGRIA																	
DEMONSTRA TERNURA/AFEIÇÃO																	
EVIDENCIA APATIA																	
DEMONSTRA CONTRARIEDADE																	

<b>COMPORTAMENTOS INFANTIS</b>																	<b>TOTAL</b>
FOCALIZA ATENÇÃO EM UM BRINQUEDO																	
REJEITA BRINQUEDO																	
SORRI																	
CHORA																	
VOCALIZA POSITIVAMENTE																	
VOCALIZA NEGATIVAMENTE																	
BUSCA PROXIMIDADE																	
AFASTA-SE/RESISTE AO CONTATO																	

<sup>9</sup> Baseado nas versões de Hart, Field, DelValle e Pickens (1998), Lawson, Parrinello e Ruff (1992) e Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont e Welsh (1993) .

## ANEXO E

### **Definições operacionais dos comportamentos maternos e infantis e instruções para codificação**

Instrução geral para codificação: são computados *todos* os comportamentos que ocorrerem dentro do intervalo de 15 segundos, entendendo-se assim que os comportamentos não são mutuamente exclusivos ou computados por sua predominância ou ordem de ocorrência.

#### *Categorias de Comportamentos Maternos:*

- 1) **Introduz um brinquedo (alcança/mostra para a criança):** a mãe apresenta um brinquedo quando a criança não se interessa por um. Importante observar que a mãe o faça quando a criança demonstra que não está interessada por um brinquedo, pois quando ela estiver brincando com outro objeto o comportamento da mãe será caracterizado como redirecionamento da atenção.
- 2) **Mantém atenção (segura/observa/brinca junto):** a mãe estimula a criança a se manter brincando com um determinado objeto, seja segurando-o enquanto ela o manipula, seja observando sua brincadeira, seja participando ativamente do brinquedo com a criança.
- 3) **Redireciona atenção:** a mãe introduz um brinquedo enquanto a criança está brincando com outro brinquedo diferente. Chama a atenção da criança para mais de um brinquedo ao mesmo tempo.
- 4) **Evidencia intrusividade:** a mãe pega um brinquedo que a criança está segurando. Agarra o rosto da criança para mostrar-lhe algo, direcionando sua atenção para um determinado brinquedo ou para si. Restringe o afastamento da criança em relação a si (puxando-a, tomando-a nos braços quando a criança quer se deslocar pela sala). Toca insistentemente na criança, remexendo-a, fazendo cócegas. Demonstra gestos ameaçadores (ex. levanta a mão como se fosse dar uma palmada na criança). Colabora para que a criança fique desequilibrada empurrando um brinquedo em direção a ela (ex. atira a bola com força). Afasta um brinquedo que a criança demonstrou interesse em manipular.

5) **Expressa prazer/alegria:** a mãe sorri para a criança (mais do que sorrisos breves), festeja entusiasticamente suas iniciativas, dá gargalhadas, canta.

6) **Demonstra ternura/afeição:** a mãe demonstra física ou verbalmente carinho pela criança, mostra-se atenta à criança em ações ou palavras, atenciosa no tom de voz.

7) **Evidencia apatia:** a mãe mostra pouca expressão facial ou reação diante das demandas da criança; vocalizações ou gestos desanimados.

8) **Demonstração de contrariedade:** a mãe demonstra irritação e/ou contrariedade em relação às atitudes da criança, através de verbalizações ou gestos. Assinala para a criança algo que ela não deve fazer ou está fazendo errado.

#### *Categorias de Comportamentos Infantis*

1) **Focaliza a atenção em um brinquedo:** o bebê manipula e olha para um único brinquedo enquanto demonstra qualquer expressão facial. Mesmo que a criança brinque mediante intrusividade da mãe o comportamento é computado.

2) **Rejeita um brinquedo:** o bebê recusa um brinquedo oferecido pela mãe ou algum brinquedo que ela mesma tenha escolhido manipular anteriormente; joga um brinquedo no chão; empurra um brinquedo.

3) **Sorri:** o bebê demonstra afeto espontâneo sorrindo ou gargalhando em qualquer direção. Expressão facial positiva.

4) **Chora:** o bebê chora. Expressão facial negativa em qualquer direção.

5) **Vocaliza positivamente:** o bebê comunica-se positivamente, dirigindo-se à mãe ou aos brinquedos.

6) **Vocaliza negativamente:** o bebê comunica-se negativamente com a mãe ou em relação aos brinquedos, resmungando e mostrando irritação.

7) **Busca proximidade da mãe:** o bebê esforça-se no sentido de ganhar ou reconquistar contato com a mãe. Aproxima-se engatinhando ou andando, tenta pedir colo, tocar ou segurar a mãe (categoria relacionada à movimentação corporal).

8) **Afasta-se/resiste ao contato com a mãe:** afastamento físico do bebê em relação à mãe. Resiste em ser pego no colo, segurado ou tocado pela mãe.

## ANEXO F

### ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP - Ufrgs - 1999) - 12º mês do bebê

**1- Eu gostaria que tu me falasse sobre o bebê desde a última entrevista que a gente conversou. (caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...**

- Como está o desenvolvimento/crescimento do teu bebê?
- O bebê apresentou algum problema de saúde neste período? Que cuidados exigiu?
- O que ele é capaz de fazer que te chama mais a atenção (quais as suas habilidades)?
- Como tu descreverias o jeito do teu bebê, agora com 1 ano?
- Era como tu imaginavas? (se não era) O que está diferente?
- Com quem tu achas que ele é parecido? (física e emocionalmente) Era como tu imaginavas?
- Como tu te sentes com isso?

**2 - Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre com está sendo a tua experiência de ser mãe. (caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...**

- Como tu estás te sentindo como mãe?
- Que dificuldades tu tens sentido?
- Tu imaginavas que seria assim?
- Como tu te descreverias como mãe?

**3 - Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre o teu dia-a-dia com o bebê.**

**(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...**

- Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados do bebê? Como tu te sentes?
- Que coisas tu mais gostas de fazer com ele? Porquê?
- Que coisas tu menos gostas de fazer com ele? Porquê?
- Tu costumavas brincar com ele? Com que frequência?
- Que tipos de brincadeiras vocês costumam fazer?
- Como ele reage a estas brincadeiras?
- Onde o bebê passa a maior parte do tempo?
- Tu precisaste ficar afastada do bebê neste período? Por quanto tempo? Qual o motivo?
- Tu trabalhas fora? Se sim, já retornaste às atividades? Como foi o retorno ao trabalho?

**4 - Eu gostaria que tu me falasse como estás vendo o teu marido como pai.**

**(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...**

- Como é o jeito dele lidar com o bebê?
- Como tu achas que ele está sendo como pai?
- Era como tu imaginavas?
- Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados do bebê? Como ele reage?



**5 - Tem outras pessoas te ajudando a cuidar do bebê?**

*(caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...*

- Quantas horas esta pessoa fica?
- Como tu te sentes com outras pessoas cuidando do bebê?
- O que te agrada? O que te incomoda?
- Como o teu bebê reagiu no início quando outra(s) pessoa(s) ficava(m) com ele? E hoje, como ele reage? Como esta pessoa é com ele?

*(caso o bebê fique mais de 5 horas semanais aos cuidados de outra pessoa)* Por que vocês escolheram esta forma de cuidado para o bebê? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo etc.).

**6 - O bebê foi para a creche? (caso não tenha mencionado)**

**(Se o bebê foi para a creche)**

- Com que idade?
- Quantas horas ele ficava na creche?
- Como foi a adaptação dele? Como ele está hoje em relação à creche?
- Como tu te sentiste? Como tu te sentes hoje em relação à creche?
- Por que escolheram colocar na creche? (o que levaram em conta: proximidade, fator financeiro, estímulo emocional ou cognitivo etc.).
- Por que escolheram a creche que ele está?

**(Se não foi para a creche)**

- Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche? Quando? Por que escolheram colocar na creche?
- Como tu achas que ele vai reagir?
- Como tu achas que tu vais te sentir?

**7 - Pensando um pouco nos cuidados do bebê ao longo do primeiro ano de vida...**

- Ao longo deste primeiro ano de vida, tu vivenciaste situações estressantes? Quais?
- Tu solicitavas mais ajuda nestas situações/períodos?
- Houve mudanças de pessoas/creches que cuidaram do teu bebê? Por quê? Com que frequência?

## ANEXO G

### INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

(Beck & Steer, 1993)

Instruções para o entrevistador sobre o que deve ser dito  
para a mãe:

“Agora, para entender um pouco melhor como você tem se sentido nos últimos dias, eu gostaria que você respondesse a algumas perguntas. Depois de ler com calma cada frase que eu vou mostrar, eu gostaria que você marcasse com um X aquela que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se você achar que várias frases num mesmo grupo tem “a ver” com o que você está sentindo, pode fazer um X em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as frases, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha”.

-----

- Não me sinto triste.
- Eu me sinto triste.
- Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- ( ) Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.
- ( ) Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.
- ( ) Acho que nada tenho a esperar.
- ( ) Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

2

---

- ( ) Não me sinto um fracasso.
- ( ) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- ( ) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- ( ) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

3

- Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- Não encontro um prazer real em mais nada.
- Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.

4

---

- Não me sinto especialmente culpada.
- Eu me sinto culpada grande parte do tempo.
- Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.
- Eu me sinto sempre culpada.

5

Não acho que esteja sendo punida.

Acho que posso ser punida.

Creio que vou ser punida.

Acho que estou sendo punida.

6

---

Não me sinto decepcionada comigo mesma.

Estou decepcionada comigo mesma.

Estou enjoada de mim.

Eu me odeio.

7

Não me sinto de qualquer modo pior do que os outros.

Sou crítica em relação a mim por minhas fraquezas e erros.

Eu me culpo sempre por minhas falhas.

Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

8

---

Não tenho quaisquer idéias de me matar.

Tenho idéias de me matar mas não as executaria.

Gostaria de me matar.

Eu me mataria se tivesse oportunidade.

9

- ( ) Não choro mais do que o habitual.
- ( ) Choro mais agora do que costumava.
- ( ) Agora, choro o tempo todo.
- ( ) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

10

---

- ( ) Não sou mais irritada agora do que já fui.
- ( ) Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava.
- ( ) Agora, eu me sinto irritada o tempo todo.
- ( ) Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

11

- Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar.
- Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

12

---

- Tomo decisões tão bem quanto antes.
- Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

13



- ( ) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
- ( ) Estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativo.
- ( ) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativo.
- ( ) Acredito que pareço feia.

14

---

- ( ) Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- ( ) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- ( ) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- ( ) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

15

- ( ) Consigo dormir tão bem como o habitual.
- ( ) Não durmo tão bem como costumava.
- ( ) Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
- ( ) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

16

---

- ( ) Não fico mais cansada do que o habitual.
- ( ) Fico cansada mais facilmente do que costumava.
- ( ) Fico cansada em fazer qualquer coisa.
- ( ) Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.

17

- O meu apetite não está pior do que o habitual.
- Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- Meu apetite é muito pior agora.
- Absolutamente não tenho mais apetite.

18

---

- Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- Perdi mais do que 2 quilos e meio.
- Perdi mais do que 5 quilos.
- Perdi mais do que sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:

- sim  não

19

- ( ) Não estou mais preocupada com a minha saúde do que o habitual.
- ( ) Estou preocupada com problemas físicos, tais como dores, indisposições do estômago ou constipação.
- ( ) Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- ( ) Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

20

---

- ( ) Não notei nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.
- ( ) Estou menos interessada em sexo do que costumava.
- ( ) Estou muito menos interessada por sexo agora.
- ( ) Perdi completamente o interesse por sexo.

21