

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO  
MATERNA E ÍNDICES DE RISCO AO  
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Janaína Pereira Pretto Carlesso**

**Santa Maria, RS, Brasil, 2011.**

# **ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Janaína Pereira Pretto Carlesso**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana.**

**Orientador: Profa Dra Ana Paula Ramos de Souza  
Co-Orientador: Anaelena Bragança de Moraes**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

C278a Carlesso, Janaína Pereira Pretto  
Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil / por Janaína Pereira Pretto Carlesso. – 2011.  
160 f. ; il. ; 30 cm

Orientador: Ana Paula Ramos de Souza  
Coorientador: Anaelena Bragança de Moraes  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2011

1 .Depressão pós-parto 2. Índices de risco 3. Desenvolvimento infantil  
I. Souza, Ana Paula Ramos de II. Moraes, Anaelena Bragança de III. Título.

CDU 616.895.4

Ficha catalográfica elaborada por Cláudia Terezinha Branco Gallotti – CRB 10/1109  
Biblioteca Central UFSM

---

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Janaína Pereira Pretto Carlesso. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.  
Endereço: Rua General Neto, 675 apto 401, Bairro: Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria-  
RS, Cep: 97050-241.

Endereço eletrônico: [janapretto@yahoo.com.br](mailto:janapretto@yahoo.com.br)

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de

Mestrado

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E ÍNDICES  
DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

elaborada por

**Janáina Pereira Pretto Carlesso**

como requisito parcial para  
a obtenção do grau de  
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Ana Paula Ramos de Souza, Dra.  
(Presidente/Orientadora)**

**Anaelena Bragança de Moraes, Dra. (UFSM)  
(Co-orientadora)**

**Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)**

**Helena Bolli Mota, Dra. (UFSM)**

**Santa Maria, 28 de fevereiro de 2011.**

## **Agradecimentos**

Aos meus familiares, em especial ao meu marido João Carlos Carlesso que sempre esteve ao meu lado dando incentivo necessário para o cumprimento dessa jornada, dando muita força em todos os momentos. Obrigado pelo apoio, pela sensibilidade e pelo suporte afetivo.

A minha orientadora Profa Dra. Ana Paula Ramos de Souza, por caminhar ao meu lado nesta trajetória acreditando e acolhendo-me neste desafio, obrigado pelo aprendizado, pela sabedoria, pela amizade, e principalmente por ter me ensinado o prazer em fazer pesquisa.

A minha co-orientadora Profa Dra. Anaelena Bragança de Moraes, pelas observações efetuadas neste trabalho no domínio da análise estatística, o meu sincero agradecimento pessoal, assim como pela cordialidade e disponibilidade que sempre demonstrou. Obrigado pelo aprendizado, pela amizade, e também por ter me ensinado o prazer em analisar dados com o embasamento da estatística.

As integrantes do “quarteto fantástico”, ou seja, “quarteto multiprofissional”, Lisiane, Francine e Carine, colegas queridas que sempre estiveram presentes nos momentos desta caminhada, obrigado pelo carinho e pela amizade.

Agradeço à amiga e sobrinha Karina Carlesso Pagliarin, por indicar-me o caminho ao programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana.

As colaboradoras da pesquisa, em especial a mestranda Mariana Flores e todas as mães-bebê que participaram voluntariamente deste estudo, obrigado pela contribuição e disponibilidade.

Aos integrantes do ambulatório de Audiologia do Hospital Universitário de Santa Maria, obrigado pela colaboração e acolhimento.

Ao programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, agradeço aos professores, colegas, e principalmente, o aprendizado.

Enfim, agradeço à Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de realizar este curso de pós-graduação. Sinto-me honrada de ter a oportunidade de qualificar-me e obter este título por uma das melhores instituições de ensino do nosso país.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIS)

Quadro 2 - Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIS) - Versão Final

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

Tabela 1 - Frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas e da depressão pós-parto

Tabela 2- Frequência das variáveis obstétricas e psicossociais e da depressão pós-parto

### ARTIGO 2

Tabela 1 - Estimativa pontual e Intervalo de confiança para as proporções populacionais BDI e IRDIs

Tabela 2 - Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães de **bebês nascidos sem risco** (IRDIS)

Tabela 3- Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães (n= 165) de **bebês nascidos com risco** (IRDIS)

Tabela 4- Indicadores de depressão pós-parto (BDI) e frequência de Suporte Social

### ARTIGO 3

Tabela 1 - Experiência Materna e Indicadores Clínicos de Risco (IRDIS)

Tabela 2 - Experiência Materna e Indicadores Clínicos de Risco (IRDIS), em uma amostra de mães de bebês nascidos com risco

Tabela 3 - Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento infantil (IRDIS) e frequência de Suporte Social.

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo I - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para as mães

Anexo II - Termo de Consentimento Livre Esclarecido para a criação de banco de imagens

Anexo III – Roteiro de Entrevista

Anexo IV - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Anexo V - Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIS)

Anexo VI – Normas Revista Ciência e Saúde Coletiva

Anexo VII – Normas Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Anexo VIII – Normas Revista Estudos de Psicologia



## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**AUTORA: JANAÍNA PEREIRA PRETTO CARLESSO**

**ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA**

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 28 de fevereiro de 2011.

Este estudo analisou as possíveis relações entre estados depressivos maternos e alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores, da região central do Rio Grande do Sul (RS). A pesquisa foi realizada em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010, com as díades mães- bebê. Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais e a respeito da constituição da experiência da maternidade. Para investigar o estado depressivo materno foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Na avaliação dos bebês, foi realizada uma filmagem da interação da díade mãe-bebê e aplicação dos Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs). A maioria das mães desse estudo não estava acometida de depressão, sendo que o baixo nível socioeconômico e a não - planejamento da gestação foram os fatores de risco mais frequentes, para o aparecimento da depressão no período pós-parto. A análise realizada apontou que há maior proporção de bebês com índices de desenvolvimento ausentes, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto. Este resultado confirma que a depressão pós-parto pode ter implicações negativas na interação da díade mãe-bebê e principalmente repercutir como um fator de risco ao desenvolvimento infantil. A presença de suporte social, sobretudo do companheiro e a ausência de dificuldades na constituição da experiência da maternidade apresentaram-se como variáveis estatisticamente associadas à ausência de risco ao desenvolvimento infantil. Portanto, não apenas a presença ou ausência de depressão, mas o apoio familiar e a possibilidade de ocupar função materna são os fatores mais importantes para o pleno desenvolvimento do bebê. O trabalho sugere a necessidade de uma abordagem de interface entre Psicologia, Fonoaudiologia e demais profissionais da saúde no acompanhamento do período pós-parto com o objetivo de minimizar

as conseqüências da depressão pós-parto e de auxiliar a díade mãe-bebê quando as funções parentais não estão acontecendo de modo suficientemente bom.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; índices de risco; desenvolvimento infantil.

## **ABSTRACT**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL DEPRESSION AND INDICES OF RISK TO CHILD DEVELOPMENT**

AUTORA: JANAÍNA PEREIRA PRETTO CARLESSO

ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 28 de fevereiro de 2011.

This study examined the possible relationship between maternal depressive states and changes in levels of risk to child development, in a sample of mothers of babies born in medium-sized city and around the central region of Rio Grande do Sul (RS). The survey was conducted in University Hospital in which the children were newborn hearing screening in the period from March to May 2010, with the mother-infant dyads. In the data collection was used a structured interview on socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial and experience of motherhood. To investigate the maternal depressed mood was used Beck Depression Inventory (BDI). In the evaluation of the babies was done filming the interaction of mother-infant dyad and implementation of Clinical Indicators of Risk for child development (IRDIs). Most mothers in this study was not suffering from depression, and low socioeconomic status and non - planned birth were the most common risk factors for the onset of depression in the postpartum period. The analysis showed that a higher proportion of babies with IRDIs altered when levels of maternal depression are elevated in the postpartum period and may adversely affect the interaction of mother-infant and mainly reflected as a risk factor for child development. The presence of social support, especially fellow and no difficulties in forming the maternal experience are variables significantly associated with absence of risk for child development. Therefore, not only the presence or absence of depression, but factors such family support and maternal role constitution are the most important factors for the full development of the baby. This paper suggests the need for an interface between psychology, speech pathology and other health professionals in monitoring the postpartum period in order to minimize the consequences of postpartum depression and help the mother-baby when the parental role are not going so good enough.

**Keywords:** postpartum depression, risk indices; child development.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	
<b>2.1 Função materna em construção: do filho imaginário ao real.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 A gestação enquanto princípio de vinculação afetiva e a construção do desejo materno.....	18
2.1.2 O nascimento e a constituição do sujeito na linguagem.....	24
2.1.3 Aquisição da linguagem nas perspectivas interacionista e psicanalítica.....	28
<b>2.2 Depressão materna e suas conseqüências no vínculo mãe-bebê.....</b>	<b>35</b>
2.2.1 Interação mãe-bebê em contextos de depressão materna.....	37
2.2.2 Efeitos da depressão materna no brincar simbólico mãe-bebê : conseqüências cognitivas e lingüísticas para o bebê.....	41
<b>2.3 Análise das interações precoces na perspectiva psicanalítica.....</b>	<b>46</b>
2.3.1 Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs).....	49
2.3.2 A importância da intervenção precoce.....	57
2.3.3 A importância do Suporte Social .....	59
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>61</b>
<b>3.1 Cálculo e seleção da amostra.....</b>	<b>61</b>
<b>3.2 Coleta de Dados.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3 Análise Estatística.....</b>	<b>65</b>
<b>3.4 Aspectos Éticos.....</b>	<b>66</b>
<b>4 ARTIGO 1 – DEPRESSÃO MATERNA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS .....</b>	<b>67</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>67</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>67</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>68</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>69</b>

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>72</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>76</b>
<b>5 ARTIGO 2 – DEPRESSÃO MATERNA E INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIs)_____</b>	<b>78</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>78</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>79</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>81</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>85</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>88</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>6 ARTIGO EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE E INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIs) _____</b>	<b>94</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>94</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>95</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>98</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>103</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>110</b>
<b>7 Considerações finais _____</b>	<b>114</b>
<b>Referências _____</b>	<b>117</b>
<b>Anexo _____</b>	<b>130</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O primeiro ano após o nascimento de um filho representa um período propício para a ocorrência de sintomas de depressão entre as mulheres. Por isso, o papel exercido pela depressão materna na interação mãe-bebê tem sido objeto de estudo de inúmeras pesquisas nos últimos anos, devido a evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir de forma negativa no estabelecimento das primeiras interações com o bebê, como também no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Motta et al. 2005). No entanto, há 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. Tais observações apontam para a necessidade da realização de investigações que abordem o problema em períodos mais avançados do desenvolvimento do bebê (BROWN, LUMLEY, SMALL e ASTBURY, 1994).

A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter conseqüências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo da linguagem cuja estruturação se dá pelo diálogo mãe-filho (De Lemos, 1992), demandando qualidade e sintonia nessa interação (Ramos et al., 2002). Estudos como o de (Crestani et al. 2010) demonstram que não é incomum o estado depressivo e/ou ansioso em mães de crianças com distúrbios de linguagem.

Tais constatações, além das demandas naturais advindas da necessidade de compreender a aquisição da linguagem e o desenvolvimento infantil, faz com que os pesquisadores dessa temática tenham grande interesse no tema da interação mãe-bebê. As pesquisas enfatizam o desenvolvimento infantil como o resultado de uma interação genético-ambiental, com contribuições tanto da criança quanto dos seus cuidadores (ambiente) para o desenvolvimento (Radke-Yarrow, 1998). Dentro da perspectiva da influência ambiental, o interesse pelo tema do desenvolvimento infantil, no contexto da depressão materna, tem gerado um bom número de investigações e os resultados destes estudos revelam que o comportamento de mães deprimidas tende a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afetar profunda e amplamente a vida das crianças, influenciando na natureza, freqüência e recorrência de desordens infantis e gerando conseqüências adversas através da infância até o limiar da idade adulta (RADKE-YARROW, 1998).

A partir de experiências experimentais, como *coping* de bebês diante de situações

problemáticas e comunicação pré-verbal precoce entre bebês e seus cuidadores e experiências clínicas independentes, Papousek (1997) defende que o que distingue a mãe humana de outros mamíferos é sua capacidade de pensamento simbólico e comunicação. Esta a faz apoiar o desenvolvimento de capacidades simbólicas em seu filho, guiando-o em direção à aquisição da linguagem e cultura humana. Para isso, a mãe utilizaria padrões intuitivos de comportamento (que escapam à consciência), ou seja, mecanismos de adaptação selecionados evolutivamente que orientam a ação em direção à aprendizagem do filho, como estar alerta ao nível de aprendizado em que ele se encontra para recompensar os passos corretos com expressões de afeto que tornem a aprendizagem significativa. Outro exemplo seria a tendência universal da mãe em exibir comportamentos repetitivos e estereotipados na comunicação dirigida ao bebê durante os primeiros meses de vida, já que o bebê está restrito em suas capacidades cognitivas nessa fase e necessita de muitas tentativas para aprender.

Furtado (2003), em um artigo que relaciona os distúrbios de comunicação e a ocorrência de psicopatologia na infância, relaciona a aquisição da competência comunicativa dos lactentes a dois fatores principais: a filogenia e a socialização. Neste ponto destaca a interação com a mãe como fundamental neste processo, uma vez que postula a existência de um apetite, de um desejo do bebê direcionado para as expressões vocais humanas, especialmente das vocalizações maternas. Discute aspectos do desenvolvimento pré-lingüístico dos lactentes para a aquisição da competência comunicativa do bebê, possibilitadora da socialização e interação com seu cuidador. A comunicação mãe-bebê tem papel decisivo na formação vincular da díade, pois é um intercâmbio não somente de informações que guiam à aquisição da linguagem verbal, mas também dos sinais afetivos. Assim, a aquisição da competência comunicativa é de vital importância para a sobrevivência do bebê, tendo como incumbência evolutiva obter, manter e assegurar a atenção das pessoas cuidadoras.

Um modelo que trata do processo de funcionamento cognitivo e emocional infantil dentro da interação mãe-criança foi chamado por Tronick (1997) de regulação mútua. Este modelo foi baseado em um estudo realizado a partir de análises de interações normais e perturbações experimentais no paradigma “*Face-to-face*” (observação da interação face a face). O sucesso ou fracasso na construção da regulação mútua (RM) dependeria de três processos críticos: 1) a integridade e a capacidade dos sistemas fisiológicos da criança e de seu sistema nervoso central na organização e controle dos estados fisiológicos e comportamentos; 2) a integridade do sistema comunicativo da criança incluindo os centros do sistema nervoso central que controlam e geram mensagens e significados e o sistema motor

que faz com que a mensagem se manifeste; e 3) a capacidade de quem cuida da criança em decodificar apropriadamente suas mensagens e sua prontidão para tomar a atitude mais apropriada. A partir disso, Tronick (1997) chama a atenção para a importância da comunicação para a interação da díade mãe-bebê: “as crianças só podem criar significados em colaboração com outros. Quando a criança realiza a comunicação com sucesso com quem cria estados diádicos de consciência, o desenvolvimento normal ocorre” (Tronick e Weinberg, 1997, p. 55). O mesmo autor considera uma interação normal aquela que possui erros e reparações constantes, tanto do lado da mãe como do bebê.

Ao situar a interação com a mãe como o caminho pelo qual a maioria das influências do mundo chega 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 et al. (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. Como assinala Spitz (1988), as experiências e as realidades têm demonstrado que as influências formativas que se originam no ambiente, ou seja, na mãe, são dirigidas a essas totalidades vivas, receptivas e em desenvolvimento, o bebê; pois o que a mãe vive acaba sendo transmitindo para o seu bebê. A simples presença da mãe, age como estímulo para as respostas do bebê; sua menor ação, por insignificante que seja, mesmo quando não está relacionada com o filho, age como um estímulo. Essas atividades da mãe são as formas mais gerais e mais facilitadoras notadas de intercâmbio de estímulo da díade. Com isso ressalta-se a importância deste estudo, para esclarecer-se que a qualidade do vínculo influencia diretamente o desenvolvimento dos pontos de vista físico, lingüístico e emocional do bebê, formando, assim, uma base para um posterior progresso.



Assim, na abordagem da detecção e intervenção precoces para reduzir riscos de retardo de linguagem, a temática da depressão materna e do risco no vínculo mãe-bebê é de interesse comum à Fonoaudiologia e à Psicologia. Considerando os pressupostos preliminares sobre a relação mãe-bebê como aspecto fundamental no desenvolvimento infantil, sobretudo nos aspectos linguístico-cognitivos, ressalta-se a importância do estudo das repercussões da depressão materna no diálogo mãe-bebê, já em período de protoconversaço.

O tema escolhido para o estudo advém do desejo de compreender o processo de aquisiço de linguagem e vinculaço afetiva mãe-bebê, que se estabelecem quando a mãe é acometida de transtorno depressivo no período pós-parto. Com base na literatura, muitos estudos sobre a interaço bebê-mãe deprimida abordam as implicaço da depressão pós-parto na interaço nos primeiros meses após o nascimento da criança, considerando-se a maior incidência dos quadros depressivos nesse período (Campbell, Cohn e Meyers, 1995). Neste sentido, busca-se compreender esta relação quando a mãe sente-se incapaz de dar atenço e afeto ao seu bebê, ou mesmo, se é possível, em alguns casos, sob determinadas condições ambientais, que a mãe consiga sustentar o desenvolvimento do bebê mesmo diante de um estado depressivo.

Também ao abordar esta temática, pode-se encontrar os sinais para detectar o mais precocemente o risco para alteraço do vínculo mãe-bebê e para o surgimento de retardos de aquisiço da linguagem. Espera-se poder abordar os efeitos de estados depressivos nas interaço iniciais, sobretudo nas protoconversaço.

Para detectar tais efeitos, destacam-se os índices de risco ao desenvolvimento infantil (Kupfer, 2008), como protocolo que permite ver não apenas os sinais de risco psíquico e de alteraço no laço afetivo entre bebê e pais, como também alteraço na protoconversaço. Muitos dos referidos índices constituem atividades comunicativas particularmente interessantes ao tema deste trabalho.

A partir de tais pressupostos, o objetivo desta pesquisa foi analisar as possíveis relações entre estados depressivos maternos e alteraço nos índices de risco ao desenvolvimento infantil.

Os objetivos específicos foram:

Analisar as possíveis relações entre variáveis obstétricas, psicossociais e sócio-demográficas e a presença de estados depressivos maternos;

Analisar as possíveis correlaço entre alteraço nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença de depressão materna;

Analisar as possíveis correlaço entre alteraço nos índices de risco ao

desenvolvimento infantil e presença de alterações na constituição da experiência da maternidade.

Para executar tal proposta, inicia-se este trabalho por uma resenha teórica que irá abordar os estados depressivos maternos e suas conseqüências na interação mãe-bebê, bem como conseqüências no desenvolvimento infantil. Também serão abordados estudos sobre a constituição da maternidade, aquisição da linguagem e desenvolvimento infantil, entre estes sobre os índices de risco ao desenvolvimento infantil.

A seguir será apresentada a metodologia geral do trabalho que inclui o cálculo amostral, os procedimentos de coleta, entre eles os éticos, e de análise dos dados.

O capítulo de resultados, dada a forma alternativa deste trabalho, está disposto em três capítulos correspondentes a três artigos. Cada artigo será responsável pela resposta a cada objetivo específico delineado para este estudo.

A dissertação se encerra com as considerações finais, nas quais busca-se tecer comentários conclusivos e responder ao objetivo geral, interligando os três estudos apresentados no capítulo de resultados e os objetivos específicos.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Na revisão de literatura serão apresentadas as características da depressão pós-parto e fatores de risco associados a sua ocorrência. Discutem-se, em particular, as repercussões do estado depressivo da mãe para a qualidade da interação com o bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento posterior da criança. Os estudos revisados sugerem que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna.

Para realizar este estudo, tomaremos por base a visão dialético-discursiva ancorada no interacionismo enquanto teoria de aquisição da linguagem e a psicanálise enquanto teoria de subjetividade. Na visão de Palladino (2004), essa perspectiva em linguagem poderia ser denominada de dialética por ter como foco na relação adulto-criança, e Cunha (2004) considera dialética discursiva, por afirmar como indissociável a relação linguagem-psiquismo na dimensão inconsciente, atribuindo à linguagem a noção de estrutura da psicanálise. Portanto, o conceito de linguagem demanda uma visão de subjetividade que, segundo este estudo, se dá via psicanálise, em especial aquela que descende de autores com Freud e Lacan, mas também com contribuições das reflexões de Winnicott acerca da função materna.

A abordagem teórica escolhida em aquisição de linguagem que subsidiará esta pesquisa será a perspectiva interacionista de Cláudia de Lemos. Em seguida buscaremos integrar tal visão com uma teoria de desenvolvimento da subjetividade, em especial sobre o exercício da função materna e seus efeitos no desenvolvimento infantil. O foco maior se dá no funcionamento da díade mãe-criança dos primórdios do desenvolvimento ao surgimento da linguagem, baseado em autores como Laznik (2004), Jerusalinsky (1989) e Winnicott (2000).

A revisão está organizada na descrição de uma relação típica mãe-bebê, que resulte na aquisição típica de linguagem. A seguir, são descritas a situação de depressão materna e suas conseqüências no desenvolvimento infantil.

### **2.1 FUNÇÃO MATERNA EM CONSTRUÇÃO: DO FILHO IMAGINADO AO REAL**

#### **2.1.1 A gestação enquanto princípio de vinculação afetiva e a construção do desejo materno**

Alguns teóricos psicanalíticos foram precursores em valorizar a importância da mãe para o desenvolvimento do bebê. Eles também buscaram entender a psicodinâmica da função materna.

O termo interação foi empregado pela primeira vez por Bowlby em 1958, num famoso ensaio chamado “The Nature of the Child’s Tie to his Mother” (Brazelton; Cramer, 1992). O intercâmbio do bebê com a mãe, para esse autor, vai além da gratificação oral e redução da tensão, pois existe o que ele chamou de uma resposta instintiva componente que enfatiza sua formação inata, Brazelton; Cramer (1992) consideraram a sucção, o agarrar, o chorar e o sorrir modalidades básicas e inatas de interação e apego do bebê com sua mãe, e afirmou que a relação da criança estava muito além da satisfação de suas necessidades fisiológicas. Winnicott foi também quem, posteriormente, deu, em toda sua obra, importância e ênfase à interação entre a mãe e a criança para a conformação do desenvolvimento infantil (Brazelton; Cramer, 1992). Winnicott (2002) destacou a importância de os bebês serem estudados junto com suas mães, observando que gostava de supor que, quando vemos um bebê, vemos também as condições ambientais e, por trás disso, se constituem prioritariamente pela mãe.

A função materna é o papel desempenhado por alguém que cuida do bebê. Esse papel ou função implica numerosas atividades da mãe ou de quem a substitui, tanto físicas como psíquicas. Segundo Winnicott (2000), os bebês são constituídos de modo a serem cuidados, desde o nascimento, por sua própria mãe, preferencialmente, ou, na falta desta, por uma mãe adotiva, e não por uma série de enfermeiras.

A gravidez é considerada como uma fase na qual relacionamentos anteriores são re-elaborados, no qual há um constante confronto entre a satisfação dos desejos e a possibilidade de reconhecer a nova realidade (Horstein, 1994). Além do corpo da gestante encarregar-se do crescimento físico do feto, acontece, no seu psiquismo, a formação da idéia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebê (Stern, 1997).

Para Stern, Stern-Bruschweiler e Freeland (1999) é como se ocorressem três gestações ao mesmo tempo: o desenvolvimento físico do feto no útero, uma atitude de mãe no psiquismo materno e a formação do bebê imaginado na sua mente. Cabe ressaltar que, na bibliografia psicanalítica não há, ainda, uma concordância entre os autores na denominação do fenômeno de imaginação de um bebê que ocorre durante a gestação. Lebovici (1987) diferencia um bebê imaginário (produto do sonho diurno) de um bebê edípico (herdeiro do complexo de Édipo materno). Já Aulagnier (1990) trabalha com o conceito de corpo imaginado que seria a possibilidade de representar o feto psiquicamente.

Para Aulagnier (1990), a gestação deveria ser considerada em dois níveis – o biológico e o da relação de objeto. O plano biológico refere-se à lenta transformação da célula em ser humano. Quanto à relação de objeto, essa célula é representada, desde o seu princípio, pelo corpo imaginado que precede e acompanha a criança. Assim, na medida em que a gestação se

desenvolve, vai se processando, no psiquismo da mãe, uma preparação para entrar em relação com a criança que está para nascer (AULAGNIER, 1994; LEBOVICI, 1987; STERN, 1997, STERN ET AL., 1999).

Em geral, as mulheres quando confirmam a gravidez têm sentimentos ambivalentes que, muitas vezes, geram-lhe conflitos, pois são interpretados como rejeição da gravidez e, conseqüentemente, do bebê (Soifer, 1973; Szejer, 1999). Esta ambivalência estaria relacionada, em grande parte, a esse movimento subjetivo a ser feito, de mudança de posição – de filha para mãe. Nesse sentido, podemos pensar que um luto da posição infantil se faz necessário, o que possibilita o acesso ao lugar materno a partir das identificações infantis (DEBRAY, 1988; FERRARI, PICININI E LOPES, 2005).

A gestação é um evento complexo, no qual ocorrem diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. A relação da mãe com seu filho já começa na gestação e será à base da relação mãe-bebê, a qual se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança (Brazelton e Cramer, 2002; Caron, 2000; Klaus e Kennel, 1993; Raphael-Leff, 1997 e Soifer, 1992). De acordo com estudo realizado por Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), a relação mãe-bebê começa, de fato, no período pré-natal. No período pré-natal os pais já constroem a noção de individualidade do bebê, reconhecendo alguns de seus comportamentos e características temperamentais. A demais, desde muito cedo os pais estabelecem um modo costumeiro de interação com o feto, através de informações, tais como, sexo, maneira de movimentar-se e determinam a estruturação de um padrão de interação precoce, que tende a continuar após o nascimento. Este estudo apontou a existência de uma relação materno-fetal bastante intensa, a qual é embasada especialmente nos sentimentos ou expectativas da gestante sobre o bebê. Os resultados sugerem que conhecer o bebê antes do nascimento, estar com ele, pensar sobre ele, imaginar suas características, traz implicações para a construção da representação do bebê, da maternidade e para a posterior relação mãe-bebê.

O período da gestação é caracterizado por inúmeras mudanças e, ainda, por sentimentos ambivalentes que estão intimamente relacionados à história e às experiências vividas pela gestante ao longo da sua vida. Para Brazelton e Cramer (2002), a gravidez de uma mulher reflete toda a sua vida anterior à concepção, suas experiências com os próprios pais, sua vivência do triângulo edipiano, as forças que a levaram a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e, finalmente, separar-se de seus pais. Tudo isso, para os autores, influi em sua adaptação ao novo papel. A gravidez dá às mães uma nova oportunidade

de elaborarem velhos conflitos de separação, promovendo uma nova fase em seu processo de se desprender (individação) das relações simbióticas originais. Assim, a gravidez não é só um período de ensaios e expectativas, mas constitui também uma fase em que velhos relacionamentos podem ser mentalmente retrabalhados, podendo ser concebida como um período de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade.

Para Brazelton (1988), a maioria das mulheres experimenta uma combinação de sentimentos de desamparo, ansiedade e agradável expectativa; a energia que é retirada de suas vidas diárias é utilizada para selecionar esses sentimentos. O período de gravidez, segundo o autor, é uma época para que se aprenda tanto sobre si mesma e sobre o novo papel, quanto seja possível. Considerando este aspecto, Maldonado (2002) considera que a gravidez implica a perspectiva de grandes mudanças o que, evidentemente, envolve perdas e ganhos, e isso, por si só, justificaria a existência de sentimentos opostos entre si. Por fim, Caron (2000), aponta o período da gestação como um terremoto hormonal, físico e psicológico que encerra os maiores desafios, segredos e incertezas do ser humano, ou seja, a gestação é cercada de mistérios insolúveis e estranhas reações que acompanham todo desenvolver do processo até o parto (Caron, 2000). Assim, o parto e os primeiros momentos com o bebê encerram este período que, por sua vez, é repleto de expectativas e fantasias.

Para Maldonado (2002), a gravidez é considerada um período de grande vulnerabilidade, no qual os sentimentos ambivalentes são características marcantes. Esses, contudo, assumem nova configuração após o parto. A realidade do bebê imaginário, na barriga da mãe não é a mesma realidade do bebê recém-nascido. Muitas mães tendem a negar antecipadamente a realidade do seu bebê nas primeiras semanas de vida, sentindo-se assustadas e confusas diante dos primeiros cuidados. No momento em que a criança adquire vida própria, diferente da vida intra-uterina, ela incorpora-se, efetivamente, como um novo integrante na família, o que, sem dúvida, transforma o equilíbrio familiar, que já havia passado por algumas transformações durante a gravidez (SOIFER, 1992).

Winnicott (1999) também disse que as expectativas e desejos dos pais em relação à criança são aspectos importantes para o desenvolvimento sadio do bebê e que a função materna e paterna são necessárias antes mesmo do nascimento do filho, por meio do desejo no qual o casal insere esse sujeito. A partir do momento em que a mulher sabe que está grávida, já se instaura uma relação mãe-filho, que é totalmente imaginária e na qual a criança não é representada pelo que ela é na sua realidade – um embrião em desenvolvimento -, mas por um corpo imaginado, completo, unificado e dotado de todos os atributos necessários.

Para Aulagnier (1991), esse é um processo natural na relação mãe-bebê, e significa a

primeira inserção da criança no imaginário materno enquanto “corpo imaginado”.O que testemunha esta primeira relação é o fato de que a mãe pôde simbolizar seu discurso em torno de um significante, correspondente à ordem do humano onde ela se insere, mas que ela deve reconhecer como preexistente e independente de sua própria existência. O que se poderia chamar a “dimensão histórica maternal” é indispensável para que o sujeito seja por sua vez reconhecido como um elo vindo se inserir na cadeia significante da qual ele é o fim, e cuja seqüência tem que garantir. (AULAGNIER, 1991, p. 57)

A autora observa o que se espera de uma relação suficientemente boa da mãe com seu bebê, na qual a mãe inclui um parceiro e reconhece este como pai de seu filho. Essa experiência vivenciada pela mãe, em termos da inserção da criança no imaginário materno, também é importante para que ela não tenha uma reação de luto quando chegar o momento do parto. Do contrário, o parto poderá ser vivido como uma perda, um luto e uma ferida, e esse fato possibilitará a instalação de um quadro de psicose puerperal (AULAGNIER, 1991).

O desejo que uma mulher sente de ter um filho é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes e seria impossível enumerá-los todos, em cada caso individual, segundo observam Brazelton e Cramer (1992). Para dar uma idéia da potência e da complexidade desse desejo, os autores destacam alguns ingredientes mais importantes, tais como: identificação, satisfação de várias necessidades narcisistas e tentativa de recriar velhos laços no novo relacionamento com o bebê. Sobre o quesito identificação, os autores observam que todas as mulheres, na infância, tiveram alguma forma de cuidado materno e, à medida que receberam esse cuidado, tendem a engendrar a fantasia de se tornarem as cedentes, e não as receptoras dessa ação. Quando adquirem mais autonomia, essas mulheres começam, portanto, a adotar a postura das demais mulheres que as rodeiam. E, por imitação, aprenderão como se comportam as figuras maternas.

Entre os motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho Brazelton e Cramer (1992), há a vontade que a pessoa tem de conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou de se espelhar num outro e o desejo de realizar os próprios ideais. O trabalho narcisista se expressa na vida psíquica por meio das fantasias de ser completo e onipotente. Para Brazelton e Cramer (1992), o desejo de completude é satisfeito nas mulheres com esse sentimento tanto pela gravidez quanto pela própria existência da criança, sendo que, em algumas mulheres, predomina o desejo de estar grávida, pois a gravidez lhes dá a sensação de estarem plenas e completas, de experimentarem a potência e a produtividade do corpo.

Diante de tantas expectativas e desejos, é importante ressaltar que todo recém-nascido

pode carregar um potencial de decepção, ou seja, nenhum bebê é capaz de preencher e estar à altura de todas as fantasias que os pais acalentaram em relação ao seu futuro filho. Assim, certos traços perfeitamente normais num bebê podem também desencadear uma decepção (Brazelton e Cramer, 1992). Isso porque, para todo pai ou mãe, três bebês diferentes reúnem-se no momento do nascimento: a criança imaginária de seus sonhos e fantasias; o feto invisível real (hoje só visto por exames devido à alta tecnologia e avanços da medicina), cujos ritmos e personalidade particulares se foram fazendo cada vez mais evidentes no decorrer da gravidez; e o recém-nascido de fato, que pode ser visto, ouvido e, por fim, pego nos braços (BRAZELTON E CRAMER, 1992)

As fantasias que os pais fazem com relação à criança, que já começam na relação imaginária à qual se refere Aulagnier (1991), podem persistir depois do nascimento e prejudicar a interação da díade mãe-bebê. “Os pais, por estarem se relacionando com um fantasma, tornam-se incapazes de reagir aos sinais emitidos pela criança. O fantasma pode ocupar todo o espaço disponível”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 163).

Para Brazelton e Cramer (1992), os desejos e fantasias são apenas parte das forças e pressões sociais que se combinam para formar a potência e a complexidade do desejo de ter um filho. Todos esses fatores contribuem para energizar a capacidade de uma mãe de gerar e nutrir, pois, à medida que reorganizam seus sonhos e emoções, preparam o terreno para o sentimento de apego pelo bebê.

O bebê imaginado permitiria à mãe inseri-lo dentro de uma ordem de coisas da qual ela também faz parte (Horstein, 1994). Para Szejer e Stewart (1997), durante a gravidez a mãe antecipa o nascimento do filho, a partir das marcas deixadas pela sua própria história. Aulagnier (1994) menciona ainda que nesta relação imaginária estabelecida desde o início da gravidez, o feto não é enxergado como tal, mas é representado como um bebê com um corpo completo e unificado. A autora denominou essa imagem de corpo imaginado, na qual a libido materna passa a ser despejada. Para Horstein (1994), é fundamental que o processo de imaginar o bebê se inicie assim que a mulher confirma a sua gravidez. É isso que possibilitará que o feto mude de estatuto para o ser criança. Se isso ocorre, a criança, desde a sua concepção, estará inserida no mesmo mundo simbólico dos pais e fará parte dele (Aulagnier, 1990). É esse corpo imaginado que permitirá que a futura mãe invista libidinalmente no seu bebê, reconhecendo-o como um corpo separado do dela.

Todo o trabalho imaginativo sobre o futuro bebê durante a gravidez se apóia nas modificações corporais progressivas das gestantes, reforçando as fantasias presentes desde antes da concepção (Debray, 1988). Esse movimento imaginativo permite que aconteça



manifestações fantasmáticas muito ricas ao redor do bebê imaginado. Caberia aqui lembrar a idéia freudiana sobre a necessidade que os movimentos representativos têm de se apoiar, num primeiro momento, nas funções corporais (Freud, 1905/1990). Nesse sentido, cabe citar novamente a teorização de Aulagnier (1994), a qual afirma que um sujeito é constituído pela linguagem. Nesse aspecto, frases evocadas por mulheres grávidas sobre os movimentos fetais tendem a dar forma e sentido ao que é percebido.

Stern (1997) acredita que o desenvolvimento do feto e o da representação do bebê feita pela mãe (bebê imaginado) não ocorreriam paralelamente. O autor afirma que, no quarto mês de gestação, há uma intensificação por parte da mãe da representação do seu feto como bebê imaginado e que essa representação atingiria seu topo por volta do sétimo mês da mesma. Segundo Stern (1997), no final da gravidez haveria uma escassez ou anulação de representações, porque a mãe precisa preparar-se para a chegada do bebê real e preservar-se da discordância entre o bebê imaginado e o bebê da realidade.

### **2.1.2 O nascimento e a constituição do sujeito na linguagem**

Winnicott (1988) introduziu a idéia da “preocupação materna primária” como um estado em que a mãe consegue empatizar com as necessidades primárias do bebê e, assim, satisfazê-las adequadamente. Ele nomeou de “suficientemente boa” a mãe que consegue ter essa capacidade e valorizou sua importância para que o desenvolvimento mental do bebê possa se dar adequadamente. A preocupação materna primária está contida na função de *holding* (sustentação), com a qual o autor abrange não só a função de suporte físico, mas também a de suporte psíquico.

Winnicott (1983) cunhou o termo “mãe suficientemente boa” para designar uma função materna com requisitos indispensáveis para a saúde física, psíquica, a integridade e normalidade no desenvolvimento do bebê. Esse termo, bastante abrangente, leva em conta uma série de necessidades do bebê as quais a mãe suficientemente boa deverá suprir, ao mesmo tempo em que também deverá introduzir as frustrações necessárias para o adequado desenvolvimento do sujeito. Por todos esses motivos, uma mãe depressiva encarregada de cuidar de um bebê pode ser uma ameaça à formação de seu psiquismo, já que, por estar afetada pelos humores da depressão, não conseguirá investir narcisicamente na criança e poderá comprometer outros tantos fatores relacionais. A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê.

Winnicott (1983) distingue com bastante ênfase o começo de vida de um bebê que tem

uma mãe suficientemente boa de outro que não a tenha. Para esse autor, a criança não será capaz de começar a maturação de seu eu, ou, ao fazê-lo, o desenvolvimento do ego ocorrerá de forma distorcida em certos aspectos vitalmente importantes, caso ocorram problemas com a função materna dignos de registro. Os cuidados, as atitudes tomadas pela mãe, ou seja, o seu comportamento e sentimento em relação ao bebê estão intimamente ligados às experiências pessoais vividas por essa mãe, sobretudo as que dizem respeito aos seus pais (Mondardo e Valentina, 1998). Winnicott (2000) refere que as atitudes da mãe com o seu bebê dependerão, dentre vários fatores, da própria vivência da mãe quando bebê, os cuidados de sua mãe ou uma identificação masculina acentuada, ou seja, apresentam demasiadas dificuldades em realizar as funções maternas, ou ainda a falta de segurança para ser mãe.

Conforme Cáurio (2000) há uma união simbiótica bebê-seio-mãe-mundo, e a mãe vive uma espécie de “psicose” nesse estado de fusão após o nascimento do bebê, que é um elemento facilitador para sua empatia e comunicação com o lactente. Winnicott (1988) diz que esse estado da mãe é muito especial, quase uma doença, não fosse seu estado de gravidez e pós-parto, o que ele chama de adoecer saudável. Esse “adoecer” pode ser comparado a um estado retraído ou dissociado, a uma fuga, ou mesmo a uma perturbação em nível mais profundo, tal como um episódio esquizóide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle (Winnicott, 1988). Essa “doença normal” capacita as mães a se adaptar “delicada e sensivelmente”, segundo as palavras de Winnicott (1988), às necessidades iniciais do bebê. Posteriormente, passando a fase inicial da vida do bebê, as mães se recuperam desse estado. Winnicott (1988) observa que é necessário às mulheres serem saudáveis tanto para desenvolver esse estado como para sair dele.

Para que o sujeito se estruture, ele necessita de um outro para que o signifique e re-signifique. O sujeito precisa de alguém que lance suas expectativas, seus desejos sobre ele, para que este também passe a desejar o outro. Segundo Lacan (1957-1958), o \$ (sujeito barrado) que é a parte inconsciente do sujeito, depende do *a* (outro) para significá-lo, ou seja, é o outro (quem exerce as funções parentais – materna e paterna – que podem ser os pais biológicos ou não) quem vai depositar seus desejos, suas expectativas sobre esse sujeito.

A importância do *holding* materno é destacada por vários autores na estruturação do sujeito, pois é por meio dele que a criança se sente integrada em si mesma e começa a experimentar uma sensação de diferenciação do mundo em que vive (Mello Filho, 1989).  *Holding* é uma expressão utilizada por Winnicott (2001) a partir do verbo *to hold*, que significa sustentar, conter, dar suporte. No caso específico da mãe e da criança pode ser feito pelo ato de a primeira segurar a criança no colo e também entender suas necessidades

específicas e atendê-las de modo adequado, utilizando para isso sua empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro, e sua intuição inconsciente (Mello Filho, 1989). Nos primeiros estágios do bebê, uma das principais funções da mãe suficientemente boa, segundo Winnicott (2001), é o *holding*. O *holding* inclui a rotina completa do cuidado com o bebê e leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente, protegendo-o da agressão fisiológica (Winnicott, 2001). Tal sustentação emerge de um estado psíquico inicial da mãe que Winnicott denomina de preocupação materna primária (Winnicott, 2000). Passado esse período que pode durar um ou dois meses, a mãe gradativamente irá produzir rupturas nesse *holding*, pelo reconhecimento do progresso das habilidades do bebê.

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna (*mãe suficientemente boa* – Winnicott, (2000)). O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, fazendo o bebê participar de tudo o que acontece a sua volta, dando-lhe sentido. Um ambiente suficientemente bom é aquele ambiente proporcionado pela mãe, por meio de seus cuidados, capacitando o bebê a ter novas experiências, a constituir um ego pessoal individualizado, a dominar seus instintos e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida. Para Winnicott (2000), um ambiente não - suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê.

Um ambiente suficientemente bom e o *holding* podem deixar de ser exercidos tanto por uma mãe emocionalmente prejudicada, como em função de um bebê não-responsivo que não busca sua mãe, o que pode levar essa mãe a cuidá-lo de forma maquinal (Laznik, 2004). Um bebê responsivo seria aquele que apresenta boas respostas ao *manhês* (conjunto particular de modificações no modo de falar de um adulto que se dirige a um bebê e que consegue captar sua atenção). No entanto, podem existir déficits orgânicos que não dão essa possibilidade de responder e, conseqüentemente, façam a mãe desistir de investir na relação com seu bebê.

A *mãe suficiente má*, como cita Laznik (2004), que não deixa de ser a *mãe suficientemente boa* citada por Winnicott (2000), é aquela que consegue se ausentar, fazer “descolagem” de seu bebê, para que ele perceba que a mãe não é de sua propriedade, não está exclusivamente ao seu dispor. Santos (1999) cita, em seu artigo que, para as crianças que possuem mães que não são *suficientemente boas ou más*, o sentido de *self* se perde (o sujeito se perde), a criança se afunda na impossibilidade de atribuir significados, nomear e organizar experiências sensoriais e o próprio corpo, retornando ao estado inicial de isolamento. Nesse caso, pode ocorrer uma distorção psicótica da organização meio ambiente-indivíduo. Assim o

bebê deixa de adquirir o *status* de unidade, “renunciando” ao compromisso de crescer e conquistar sua própria autonomia, ou ainda como diria Winnicott (2000), “*se o bebê não pode ser visto pelos olhos da mãe, ele também não consegue ver-se e, conseqüentemente, não consegue existir como pessoa*”.

Nessa descolagem é que surge o brincar e com ele o ato de simbolizar o que irá permitir o acesso à linguagem. Portanto, sem uma descolagem completa, possível pelo comparecimento da função paterna, não será possível o acesso pleno à linguagem, como se pode observar nos casos estudados por Rechia (2009), em que o retardo de linguagem, além de sua motivação em limite biológico, está alimentado pela descolagem incompleta em alguns dos casos estudados. A integração do sujeito ao nascer não é algo garantido, pois precisa se desenvolver gradualmente em cada bebê, a partir do contato com a mãe e em condições ambientais adequadas. Winnicott (1958) diz que o bebê funciona, logo após o nascimento, como se fosse um somatório de partes físicas e psíquicas não integradas, necessitando do contato com a mãe para, aos poucos, adquirir a noção de ser um todo unitário e coeso. No começo, a criança se estrutura em várias fases motoras e percepções sensoriais. “Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um *holding* deficiente, que produz extrema aflição na criança”. (Winnicott, 2001, p. 27).

O *holding* deficiente, diz Winnicott (2001), pode ser fonte de “sensação de despedaçamento”, “sensação de estar caindo num poço sem fundo”, do sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e de outros tipos de ansiedades encontradas em pacientes psicóticos e também fronteirços. As falhas do *holding* e da função de ser uma mãe suficientemente boa também podem provocar no lactente intensa inquietação, distúrbio do sono e da função digestiva; e todos esses fenômenos podem se manifestar de forma regressiva em outras etapas da vida (MELLO FILHO, 1989).

O nascimento do bebê é um período emocionalmente vulnerável, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Com o parto quebra-se a imagem idealizada do bebê ao mesmo tempo em que este passa a se tornar um ser independente da mãe, recebendo todo o carinho e atenção que antes era desprendido à gestante. Este momento é, portanto, onde a mãe irá atribuir um novo significado à experiência da maternidade (Borsa e Dias, 2004). Neste contexto, segundo Klaus, Kennel e Klaus (2000), o apoio emocional é um ingrediente essencial para todas as mulheres. Ele é necessário para o aumento não só da saúde física e emocional da mãe durante o nascimento da criança, mas também com a relação especial que estabelece a ligação entre pais e deles com o bebê.

Os primeiros dias, após o nascimento, são carregados de emoções intensas e variadas.

As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto permanece lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Assim, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir, em muitos casos, grande intensidade (MALDONADO, 2002).

O primeiro trimestre do puerpério caracteriza-se como um período de transição no qual a mulher torna-se especialmente sensível e confusa, com o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. Durante a gravidez o filho é muitas vezes sentido como parte do corpo materno e, por essa razão, o nascimento pode ser visto como uma amputação de parte do seu corpo. Após o parto, a mãe percebe que o bebê é outra pessoa; nesse sentido torna-se necessário elaborar a perda deste bebê da fantasia para entrar em contato com o bebê real. Com o desaparecimento gradativo desta imagem idealizada, vem muitas vezes desapontamento, desânimo e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova realidade (MALDONADO, 2002).

Neste contexto, há aspectos difíceis e bastante objetivos na relação mãe-bebê que justificam essas reações. Assim, nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem muito pouco, pois ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação e, com frequência, a mãe não sabe distinguir quais são as necessidades do bebê. É, portanto, no início, uma relação pouco estruturada, não-verbal e, por isso, intensamente emocional. Essas características dão margem a amplas possibilidades de interpretações projetivas por parte da mãe. Como já foi mencionado anteriormente, as atitudes maternas em relação ao bebê são, em geral, ambivalentes. É comum que a hostilidade seja reprimida e encoberta por formações reativas freqüentemente estimuladas pela família (Maldonado, 2002; Soifer, 1992). Compreende-se que os três primeiros meses após o parto (o puerpério) marcam um período significativamente importante, quanto à formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo determinar a qualidade da ligação afetiva da díade no decorrer do desenvolvimento infantil (BORSA E DIAS 2004; MALDONADO, 2002).

### **2.1.3 Aquisição da linguagem nas perspectivas interacionistas e psicanalíticas**

O Interacionismo proposto por Lemos (1992) produziu uma série de trabalhos em aquisição típica e atípica de linguagem que têm ancorado evoluções importantes na clínica de linguagem. Isso parece ter-se dado porque a teoria auxilia no melhor entendimento do

processo aquisitivo da linguagem, tomando como foco a díade mãe-criança, superando estudos interacionistas anteriores cujo foco era a mãe ou a criança em separado. Também produziu uma mudança de olhar sobre o erro na fala da criança, não como algo a ser higienizado, mas como evidência do processo de apropriação do sistema lingüístico, no qual o outro tem papel estruturante.

Para Lemos (2002), na fala da criança, predominam fragmentos da fala da mãe, evidenciando uma posição discursiva que predomina no primeiro momento evolutivo, em que há dominância da fala do outro. A seguir, surgem erros que evidenciam que o sujeito está buscando uma organização da língua adulta, mas realizando um movimento imprevisível dentro de um possível de língua. A criança é capturada pelo funcionamento da língua, sendo significada (e ressignificada) por um outro falante, antes mesmo que seja um falante. Na terceira posição, a criança já opera como falante/ouvinte, dividindo-se entre aquele que fala e aquele que escuta sua própria fala, podendo retomá-la, reformulá-la e reconhecer a diferença entre a sua fala e a fala do outro.

Ainda conforme autora (Lemos, 1997, 2000, 2002), é possível pensar a criança em uma estrutura, na qual comparecem: o outro, como instância representativa da língua, a língua e a relação do sujeito com a sua fala. A predominância de uma dessas três instâncias (outro, língua e fala do sujeito) evidencia as três posições pelas quais a criança passa no seu percurso rumo à aquisição de linguagem.

A linguagem, como atividade discursiva, tem um papel muito anterior à sua função expressiva: um papel constitutivo – “ela é força fundante, é condição para a significação e para o nascimento do sujeito” (Lier-De-Vitto, 1994; Cordeiro, 2000). Assim, falar não é apenas se comunicar, como afirmam as visões comportamentalistas e cognitivistas de linguagem, é um modo de ser, de exercer uma posição discursiva.

O interacionismo considera a atividade da criança, sua interação com o mundo e a importância da situação interativa fatores imprescindíveis para a aquisição da linguagem. Podemos citar autores como Perroni (1992), Massi (2001) e Maldaner (2005) que também basearam seus estudos nessa visão de linguagem, a qual acredita que a interação criança-interlocutor é fundamental para o desenvolvimento discursivo, seja no acesso às primeiras palavras (Maldaner, 2005) ou no desenvolvimento narrativo (PERRONI, 1992; MASSI, 2001).

No período de 0 a 2 anos, segundo Rubino (1989), o discurso da mãe dá existência a uma voz para o bebê, o que permite detectar uma atividade discursiva muito anterior à sua função expressiva (Lier-De Vitto, 1994). Lier-De Vitto (1995) ao estudar os monólogos da

criança demonstra os efeitos do diálogo e da fala do outro na fala da criança. De Lemos (1992) demonstra que, nesta perspectiva, a criança está submetida às leis e regras de funcionamento da língua, mas que antes de poder analisar gramaticalmente a língua, estará funcionando nela a partir do diálogo que estabelece com o adulto, de modo especial a mãe.

Esse diálogo é anterior à fala do bebê, sendo marcado pelo *motherese* ou *manhês* da mãe no início da vida do bebê. Laznik (2004) aborda com clareza a possibilidade de já, a partir dos 3 meses de idade, pela ausência do *motherese* ou *baby talk*, ou a impossibilidade da mãe brincar com o corpo do bebê durante uma troca e, na evolução disso, o fato de o bebê não explorar o corpo da mãe (oferecendo o pezinho ou colocando a mão no seio ou na boca da mãe, por exemplo), detectar risco para autismo. A autora intervém precocemente com mães e bebês procurando impedir que o vínculo não ocorra, ou seja, atua para que a mãe possa olhar este bebê e significá-lo e este possa, por sua vez, constituir-se pela linguagem da mãe. Esse processo é crucial não só para a saúde mental, como também para o surgimento da linguagem.

Ainda na visão psicanalítica, outros autores, afirmam que a criança vai adquirindo gradualmente a linguagem por meio de outro que lhe fala no caso a mãe, que também espera dela uma resposta e vice-versa. Assim, se vai estabelecendo uma dialética que delinea o fenômeno lingüístico colocado por um sujeito que fala e o outro que escuta, um que emite e o outro que recebe (JERUSALINSKY, 1988).

O início da linguagem na criança já se encontra nas primeiras emissões sonoras que apelam por chamamentos da mãe. E a voz da mãe, os sons da língua falada pela mãe, assim como o toque e os cuidados corporais, são meios de comunicação com a criança. Para Jerusalinsky (1988), o aspecto sonoro da língua materna, embora tenha uma relação com um código cultural, ficará ligado às mais primitivas experiências da criança na sua relação afetiva com a mãe. A percepção acústica da palavra ouvida deixará restos mnêmicos no aparelho psíquico do bebê que, junto com a presença visual da mãe, se constituirá em uma marca (JERUSALINSKY, 1988).

Para Lacan (1986), a comunicação tem um sentido bastante amplo e subjetivo, já que a linguagem está dentro de um ordenamento simbólico. O próprio Lacan fala sobre o assunto em seu seminário XIX, que trata da função criativa da palavra: “O surgimento do símbolo cria literalmente uma ordem de ser nova nas relações entre os homens. [...] Vocês verão que não hão de sair nunca do mundo do símbolo”. (LACAN, 1986, p. 271).

Segundo o psicanalista (1986), há uma linguagem, inclusive dos animais, na medida em que haja alguém para compreendê-la. Nasio (1993), por seu turno, cita o grito como a fala mais primitiva da criança que pede a mamada e se afirma, de certa maneira, como sujeito do

desejo. Já a palavra propriamente dita é um meio de ser reconhecido “e institui-se como tal na estrutura do mundo semântico que é o da linguagem” (Lacan, 1986, p. 275), sem nunca ter um único sentido, termo ou emprego. Lacan diz ainda que um ato pode ter o sentido de palavra, “na medida em que se trata para o sujeito de se fazer reconhecer”. (LACAN, 1986, p. 279).

“Assim, a linguagem não é considerada um mero instrumento da comunicação, mas o que estrutura o indivíduo da espécie em sua condição de sujeito. [...] Desta maneira, a língua é algo mais que um instrumento do pensamento, é o lugar onde o sujeito habita”. (JERUSALINSKY, 1988, p. 142-143).

Para Spitz (2000), a comunicação da díade mãe-filho surge ainda no estágio pré-verbal, por meio das descargas que faz o recém-nascido para liberar suas tensões como, por exemplo, a fome. Essas descargas de emoções ocorrem por meio de gritos, inervação de vasos sanguíneos, atividade muscular difusa e outras. Segundo o psicanalista, o bebê tem capacidade de percepção a respeito do humor da mãe e de seus desejos conscientes e inconscientes e se molda de acordo com esses desejos, à medida que passa a percebê-los. Esse canal de comunicação também vai da mãe para a criança, numa relação equivalente.

A comunicação que ocorre entre mãe e filho nos primeiros meses de vida, antes, portanto, da formação de relações objetais, conforme Spitz (2000), se baseia na *Anlage* filogenética. Nesse período, acrescenta, o bebê se comunica com a mãe por sinais, enquanto a mãe emite suas mensagens por meio de signos para a criança, que assim são por ela percebidos. O sinal é “um percepto ligado empiricamente com a experiência de um objeto ou situação”. (SPITZ, 2000, p. 133). Grande parte da relação da díade mãe-bebê se passa, portanto, de forma inconsciente e pelo afeto, por esse tipo de comunicação, pois a mãe adquire nesse período, se assim interagir com a criança, uma espécie de capacidade telepática ou cinestésica, como fala Spitz (2000), para compreender o bebê. Essa comunicação não só modela a psique do bebê como opera nos afetos, tanto os prazerosos como os desprazerosos.

Para que a mãe tenha essa comunicação efetiva e essa empatia especial com o bebê, como as mencionadas por Spitz (2000), é preciso que esteja no limiar de si mesma, para poder captar corretamente os sinais emitidos pelo filho. É preciso ainda que esteja igualmente “ligada” ao interior de si mesma, graças a uma identificação que a coloque, por meio de todas as camadas de seu psiquismo, em contato com a criança que ela própria foi (GOLSE, 2001).

Se a mãe estiver deprimida, não conseguirá, no entanto, perceber os sinais que o bebê emite, não poderá exercer a chamada preocupação materna primária ressaltada por Winnicott (1988, 2002). Essa mãe estará ou dispersa, ou irritada e, muitas vezes, sequer vai conseguir descobrir quando o choro do bebê é sinal de dor, fome ou sono. Nesse caso, a comunicação



entre ambos estará comprometida e, conseqüentemente, a interação ficará bastante prejudicada.

As evidências de que as interações face-a-face entre bebês e suas mães diferem em função da depressão pós-parto sugerem que o estado afetivo da mãe pode repercutir também nas suas vocalizações para o bebê. Bettes (1988) avaliou as implicações da depressão pós-parto em relação a duas características da linguagem materna: 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.

Também em perspectivas mais próximas ao interacionismo cognitivo e/ou social, estudos apontam a importância das interações iniciais. Garton (1992) afirma que a participação do adulto como interlocutor lingüisticamente mais habilitado exerce o papel de se mostrar sensível às intenções comunicativas da criança, buscando aproximação entre seus níveis lingüísticos. Para Aimard (1998), o *feedback* oferecido às crianças, principalmente pelas mães, favorece o desenvolvimento da linguagem, porque possibilita à criança estruturar a construção lexical.

Pare esses autores, o embrião do diálogo mãe-filho está nos comportamentos não-verbais do primeiro ano de vida. Há, para autores como Carpenter et al. (1998), de orientação interacionista bruneriana, habilidades comunicativas que são construídas ao longo desse período, sobretudo no primeiro ano de vida, que são fundamentais para o surgimento e incremento da linguagem. Os autores ressaltam que, ao redor de 1 ano, a criança já é capaz de olhar para o onde o adulto olha com flexibilidade e segurança, utilizando o adulto como ponto de referência social e imitando as ações deste com objetos. Gestos comunicativos intencionais são comuns nessa idade e são construídos a partir de uma experiência rica com o outro (mãe, cuidador) durante este primeiro ano de vida. Os autores denominam o grupo complexo de interações sociais que ocorrem nesse primeiro ano de *joint attention* ou atenção compartilhada (AC). Bosa (2002) define a AC como comportamentos infantis que possuem propósito declarativo já que objetivam dividir e compartilhar a experiência com o outro sobre objetos/eventos através de gestos, vocalizações e contato ocular. A ausência de tais comportamentos entre mãe e filho é sinal de risco para o desenvolvimento psíquico e lingüístico do bebê.

Conti-Ramsden e Friel-Patti (1986) realizaram um estudo no qual foi observada a complexidade cognitiva do diálogo entre mães e crianças de 12 a 24 meses. Os autores

constatarem que as mães se comunicavam no nível de compreensão das crianças e também em um nível mais complexo que o da competência das crianças. Observaram que a aprendizagem da fala era beneficiada, tanto pela fala próxima ao nível da criança quanto pela fala de um nível mais complexo, ou seja, a mãe é capaz de sintonizar tanto com o que seu bebê está produzindo quanto demandar um pouco mais dele. Esse fato que repercute na cognição verbal, em uma leitura psicanalítica, é defendido por Julieta Jerusalinsky (2002) como sendo fundamental ao desenvolvimento do bebê porque faz parte de um projeto simbólico que permite ao outro encarnado supor um sujeito que fale cada vez mais.

Braz e Salomão (2002) relatam que a abordagem da interação social, com estudos que enfatizavam principalmente a função sócio-comunicativa da fala materna, trouxe um redirecionamento nas formas de explicar a aquisição da linguagem, ao destacar a influência recíproca que ocorre nas interações diádicas mãe-criança.

Um aspecto avaliado nesses estudos refere-se à atenção compartilhada que a díade 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 e 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 (Goldsmith e Rogoff, 1997; Goodman e 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, Goldsmith 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.

O surgimento da linguagem marca o desenvolvimento cognitivo e social da infância. Embora a criança em desenvolvimento típico não fale durante o primeiro ano de vida, sua interação com outros é fundamental para o desenvolvimento da linguagem. Embora o repertório de linguagem expressiva do bebê seja limitado, seus pais percebem rapidamente a variação nos padrões de choro, vocalização e no padrão de balbúcio, conforme a situação e acompanham com satisfação o surgimento de gestos e combinações de gestos e sons (PERISSINOTO, 2004).

O desenvolvimento da criança é resultante da interação entre suas capacidades potenciais e a influência de seu ambiente. Uma insuficiência de estimulações sensoriais,

afetivas e sociais tem como consequência um atraso do desenvolvimento das esferas cognitiva, afetiva e relacional. A linguagem é um dos aspectos do desenvolvimento da criança sobre o qual pesam, especialmente, as carências do ambiente. Tais carências podem obstaculizar o desenvolvimento da linguagem e, quando severas, podem impedir até a sua aquisição (DOMENECH, 2005).

Souza (2001), em uma perspectiva interacionista cognitivista, investigou, em crianças de dois anos de idade, o efeito do simples pareamento de palavras e objetos (sem sequenciações contínuas e imediatas das respostas da criança) sobre os comportamentos lingüísticos ‘apontar’ (emitir uma resposta motora e/ou observacional relacionada a um objeto/evento do mundo), ‘nomear’ (emitir uma resposta vocal/gestual/ pictórica designando algum objeto/evento do mundo) e ‘repetir verbalizações’ (emitir uma resposta vocal exata, reduzida, expandida ou combinada). Verificou-se que o simples pareamento palavras-objetos facilitou a aprendizagem dos comportamentos de ‘apontar’ e ‘nomear’, sendo que o comportamento ‘repetir verbalizações’ já existia como uma classe generalizada de respostas nas crianças daquela idade.

Em um estudo longitudinal posterior, Souza (2003) replicou o estudo anterior, mas com crianças entre os sete e os dez meses de idade, para o comportamento de ‘apontar’, e dos dez aos treze meses para o comportamento de ‘nomear’. Os resultados mostraram que o emparelhamento não foi condição suficiente para a aquisição destes comportamentos, sendo, porém, observado o surgimento de respostas de ‘olhar-conjunto’ (*mutual gazing*), ‘imitação motora e vocal’, considerados pré-requisitos na aquisição da ‘linguagem’.

De acordo com Souza (2003), estes resultados juntamente com outros sobre a aquisição de repertórios lingüísticos e seus pré-requisitos em crianças com menos de 2 anos de idade (*e.g.*, Schafer e Plunkett, 1998; Woodward, Markman e Fitzsimmons, 1994), sugerem que certos padrões comportamentais presentes nas interações criança-acompanhante (*e.g.*, pareamentos palavras-referentes; correções e expansões de respostas protoverbiais), podem atuar conjuntamente como pré-requisitos no processo de aquisição de comportamentos lingüísticos. Uma maneira de verificar esta hipótese é estudar as interações criança-acompanhante em situações naturais, durante os primeiros anos de vida, analisando funcionalmente os padrões comportamentais que emergem destas interações, procurando verificar suas possíveis funções de pré-requisitos para a aquisição da ‘linguagem’. No entanto, poucos estudos têm sido realizados com esta finalidade, e raros enfocando os aspectos funcionais das interações criança-acompanhante (BORNSTEIN E TAMIS-LEMONDA, 2004; RIBES E QUINTANA, 2003; SOUZA, 2003; TOMASELLO, 2003).

Moerk, em uma série de estudos (*e.g.*, 1978, 1983, 1990, 1999) re-analisando os dados colhidos por Roger Brown em um estudo longitudinal com três crianças e suas respectivas mães, tem sido um dos poucos autores a abordar a aquisição de comportamentos lingüísticos e de seus pré-requisitos enfocando os aspectos funcionais da interação criança-acompanhante.

Moerk (1983), com o objetivo de verificar a influência dos padrões comportamentais que emergem na interação mãe-criança sobre a aquisição da linguagem, re-analisou os dados de Roger Brown, verificando nas interações mãe-criança estratégias filiais de aprendizagem e técnicas maternas de ensino da linguagem. Nesta re-análise, de maneira contrária às conclusões de Brown, Moerk observou nas diferentes dinâmicas da interação mãe-criança a importância das relações contingenciais como processo na aquisição da linguagem.

Sendo assim Moerk (1990) concluiu em uma análise das contingências de três-termos nas interações verbais mãe-criança, que estas apresentavam dois padrões: correção ou reforçamento. A mãe, depois de apresentar um estímulo à criança e desta responder, a corrigia caso a resposta não fosse adequada, ou a reforçava caso a resposta fosse correta. Em outro estudo, Moerk (1999) realizou uma detalhada análise seqüencial dos comportamentos verbais na interação mãe-criança, procurando detectar nestas relações causais entre o *input* verbal apresentado à criança e o seu repertório verbal. Verificou-se a ocorrência de estímulos múltiplos (verbais e não-verbais) interferindo na aquisição das respostas verbais, indicando que causas múltiplas (*e.g.*, reforçamento, generalização, variáveis motivacionais) parece ser a regra na aquisição da linguagem.

Portanto, seja em uma perspectiva interacionista mais próxima a psicanalítica como a de Cláudia de Lemos, seja na perspectiva interacionista de foco cognitivista é indubitável a relevância das interações iniciais para a aquisição da linguagem.

## **2.2 DEPRESSÃO MATERNA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

A depressão pós-parto é uma doença que atinge de 10% a 20% das mães e preocupa cada vez mais os profissionais que atuam na área de saúde (Golse, 2002). As estatísticas variam um pouco, mas se situam dentro desse patamar, e apontam que nesse percentual de mães acometidas pela depressão pós-parto 35% têm a doença de maneira mascarada, sendo que 50% dos bebês sofrem as consequências do problema.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) endossados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) constataram que no Brasil 20% das crianças sofrem de depressão infantil (CEZIMBRA, 1998). Golse (2002) cita estudo segundo o qual 40% das

crianças de pais que apresentaram distúrbios afetivos durante o nascimento desses filhos recebem atenção psiquiátrica em algum momento de sua vida adulta. Para M. B. Keller (apud de Golse, 2002), 24% das crianças de um ano nascidas de mães deprimidas têm distúrbios visíveis. Já para A. G. Billings (apud de Golse, 2002), esse percentual sobe para 69%. A diversidade dessas avaliações, segundo Golse (2002), deve-se à variação dos critérios adotados na observação dos distúrbios interativos e, também, da idade das crianças estudadas.

Os sintomas da mãe deprimida nem sempre são notados e existem formas camufladas e diferentes tipos de ocorrência do fenômeno nas mulheres, que podem acarretar prejuízo para a interação com o bebê. E, algumas vezes, se o problema não for tratado, é possível que haja conseqüências mais graves para o desenvolvimento da criança (GOLSE, 2001, 2002).

Os problemas do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também o chamado *baby blues* – uma tristeza da maternidade que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória do humor, que atinge cerca de 70% das novas mães nos dez primeiros dias após o parto, mas que, geralmente, tem remissão espontânea (DSM IV, p. 413). Esse tipo de depressão, segundo Golse (2002), pode durar algumas semanas até vários meses depois do nascimento do bebê e, nas primíparas, pode atingir um percentual de 20% a mais além do quarto mês após o parto. Há, porém, um distúrbio ainda mais grave do que a depressão materna, que é a psicose puerperal. Esse fenômeno apresenta sintomas acentuados, os quais, freqüentemente, requerem tratamento intensivo e, por vezes, até hospitalização. A incidência desse quadro é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto (Schwengber; Piccinini, 2005). Catão (2002) informa que as psicoses puerperais acometem cerca de 5% das mães no pós-parto.

Golse (2000, 2002) alerta para os riscos da depressão da mãe no desenvolvimento futuro do filho, afirmando que esse fenômeno pode se transformar em fonte de violência na adolescência. Cezimbra (1998) cita estudos feitos pela professora inglesa Linne Murray segundo os quais bebês de mães depressivas poderão vir a apresentar, após dez anos, dificuldades de aprendizado e baixo índice de sociabilidade. Os bebês de mães deprimidas, segundo Golse (2002), são tristes, apáticos, ou, ao contrário, hiper-irritáveis. “A interação é inadequada, a mãe deprimida tendo uma tolerância limitada ou nula aos movimentos espontâneos do bebê”. (GOLSE, 2002, p. 238).

Um filho de mãe deprimida, segundo Golse (2001), poderá ter problemas para explorar o mundo e utilizar seu potencial de entendimento, além de dificuldades para desenvolver o apego com a mãe. Poderá também ter transtornos no relacionamento sexual, desenvolver hiperatividade e ter dificuldade para administrar suas emoções, sobretudo a

agressividade. Essa criança também ficará mais vulnerável à manifestação de sintomas corporais e comportamentais, tais como dor de cabeça, dor de barriga, agitação, pesadelo e anorexia, entre outros.

O nascimento de um bebê, principalmente o primeiro filho, é considerado um evento propício para o surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (SCHWENGBER; PICCININI 2005).

Mas não é somente a função materna após o parto que está em jogo devido à depressão da mãe. Segundo Ballone (2005), já foram verificadas maiores incidências de complicações obstétricas e neonatais, com necessidades de cuidados intensivos de recém-nascidos devido à depressão e dificuldades psicológicas maternas durante a gestação e no pré-parto. Um dos fatores que favorecem o aparecimento da depressão durante a gestação é o fato de a gravidez não ter sido desejada (BALLONE, 2005).

### **2.2.1 Interação mãe-bebê em contextos de Depressão Materna**

A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter conseqüências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação dialógica entre mãe-filho (DE LEMOS, 1992).

A revisão de artigos, realizada por Dawson et al. (2000) sobre os efeitos da depressão materna no desenvolvimento infantil, corrobora os dados encontrados na pesquisa de Radke-Yarrow (1998). Os pesquisadores encontraram que: depressão materna apresenta efeitos a longo prazo no desenvolvimento infantil, crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chance para desenvolver desordens emocionais e comportamentais quando comparadas com 8% de chance de crianças de mães medicamente doentes. Igualmente, o contato com mães deprimidas, no primeiro ano de vida, baixa a habilidade cognitiva da criança aos 4 anos de idade. Brazelton e Cramer (1992) salientaram que a depressão materna no período pós-parto também se constitui em um dos mais freqüentes 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.

A experiência interativa entre bebês e mães deprimidas foi caracterizada por Stern (1997) como micro-eventos, descritos como aqueles eventos triviais e de curta duração que causam um impacto momentâneo no bebê. Como exemplo do que seriam micro-eventos, Stern destacou 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 micro-eventos repetidos, ou seja: quando as mães ficam deprimidas não ocorre uma mudança brutal, mas um processo progressivo de desligamento, o qual geralmente é parcial. Para o autor, 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 micro-depressão repetida, o que ocorre quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta restabelecê-lo. 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 micro-depressão, tenta fazer com que a mãe volte à vida, o que muitas vezes funciona, já que a depressão materna não pode ser considerada total, nem tampouco constante. A terceira experiência subjetiva do bebê no sentido 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. 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. Este esquema de estar com a mãe não-deprimida 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.

As concepções de Stern (1997) 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, 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, e Hopkins, 1990; Field, 1984; Field et al., 1985; Field et al.; 1988). Por sua vez, bebês de mães deprimidas quando comparados aos de 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 e COLS., 1990; FIELD, 1984; PICKENS e 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 pós-parto contribui para que os comportamentos afetivos e de atenção da díade mãe-bebê tornem-se assíncronicos, 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. Essa 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.

As expressões afetivas das díades durante a interação mãe-bebê também foram investigadas em alguns estudos sobre o impacto da depressão da mãe em estágios mais avançados do desenvolvimento do bebê (Hart, Jones, Field, e Lundy, 1999; Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont, e Welsh, 1993; Seiner e Gelfand, 1995). 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, e Welsh, 1993). Os resultados revelaram que mães deprimidas mostraram mais afeto negativo do que mães não-deprimidas e 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. Ao situar a interação com a mãe como o caminho pelo qual a maioria das influências do mundo chega 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.

Quando não há dificuldades na interação mãe-bebê, a mãe cuidadosamente ajusta seu comportamento ao do bebê, estimulando-o adequadamente (Field, 1995). Nesse contexto, os comportamentos atentos e afetivos maternos e do bebê se tornariam sincrônicos. Mas quando a mãe não está emocionalmente disponível às demandas do bebê, os comportamentos da díade tornar-se-iam assíncrônicos. Isto ocorreria porque o bebê seria privado, temporária ou permanentemente, da mãe enquanto importante regulador externo da estimulação, o que lhe acarretaria falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos atentos e afetivos (FIELD, HEALY, GOLDSTEIN E GUTHERTZ, 1990).

A depressão tenderia a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, condições inerentes à contingência das respostas; por isso ela tenderia a não ser adequadamente responsiva à sua criança. De acordo com Teti e Gelfand (1991), a forma como as mães deprimidas lidam com seus bebês parece ser indecisa, insensível e confusa, porque podem lhes faltar as habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com sua criança. Segundo os autores, o afeto depressivo parece também afetar os processos cognitivos da mãe através de diminuição do seu campo de atenção. Isto prejudica as suas habilidades para resolver problemas, predispondo esta mãe a déficits no seu papel materno.

Como as mães deprimidas também tendem a ficar mais reclusas e ensimesmadas, pode ocorrer uma desatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas de sua criança (Teti e Gelfand, 1997). A partir das comparações feitas por Radke-Yarrow e Zahn-Waxler (1990) entre mães deprimidas e não deprimidas, foi sugerido que mães deprimidas tendem a serem mais hostis, menos afetuosas ou menos consistentes afetivamente, menos comunicativas, menos habilidosas no trato com o bebê, menos propensas a punir e usar disciplina, sendo ainda mais críticas quanto à criança, menos responsivas, mais negativas na interação com seus bebês e apresentariam estilos de atribuição de causalidade mais negativos.

Segundo Field (1992), mães deprimidas tipicamente demonstram afeto abatido ou apático (*flat affect*) e estimulam menos seus bebês (Field et al., 1985; Field, Healy, Goldstein e Guthertz 1990). Conforme Field et al. (1985), mães deprimidas apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, as mães deprimidas também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação

associada com seus filhos do que mães não deprimidas.

Estudos controlados sobre as conseqüências da depressão puerperal para os bebês apontam que os neonatos de mães deprimidas apresentam menor orientação e menor sensibilidade aos sinais maternos; as crianças mais velhas, déficits de atenção e desenvolvimento cognitivo prejudicado, além de se concentrarem menos nas atividades de brincar (Field, 1998). Papousek (1997) aponta que as falhas na comunicação entre a mãe e o bebê, comuns na depressão pós-parto, podem levar a choro excessivo da criança e mais tarde comprometeriam a regulação intuitiva da mãe dos comportamentos de aprendizagem da criança. Esse autor ainda demonstra uma correlação significativa entre depressão materna, duração do choro, insatisfação conjugal e temperamento difícil do bebê. Para Tronick (1997), a depressão materna romperia o processo regulatório mútuo, já que a mãe é o componente externo do sistema regulatório do bebê e deixaria de regular seus estados fisiológicos e emocionais. Isso constituiria uma quebra na intersubjetividade, trazida pelo efeito da depressão sobre os afetos e a reatividade maternos. “A depressão compromete a capacidade da mãe e eventualmente da díade para regular mutuamente a interação” (TRONICK E WEINBERG, 1997, P. 66).

### **2.2.2 Efeitos da Depressão Materna no Brincar Simbólico Mãe-Bebê: Conseqüências cognitivas e lingüísticas para o bebê**

A interação mãe-bebê e sua relação com o desenvolvimento posterior da criança representam 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 (Brazelton, 1988; Klaus e Kennel, 1993; 2000). Este fato pode ser percebido em estudos que avaliaram o impacto da depressão materna para a interação mãe-bebê em períodos mais avançados do desenvolvimento do bebê não utilizaram observações da interação face-a-face, mas, sim, situações de jogo nas quais as habilidades e comportamentos mais sofisticados da criança pudessem ser observados (Schwengber e Piccinini, 2001). Alguns desses estudos examinaram os comportamentos maternos e infantis durante a exploração de brinquedos pelos bebês em situações de jogo com suas mães. De acordo com Lawson, Parrinello e Ruff (1992) e Tamis-LeMonda e Bornstein (1989), essa exploração por parte do bebê durante a interação com a mãe estaria associada ao seu desenvolvimento cognitivo posterior. Observaram que os comportamentos maternos de introduzir brinquedos e manter a atenção do bebê em um brinquedo pelo qual demonstrou 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 por parte da mãe estaria relacionado a um decréscimo nessa exploração.

Por isso, as crianças de mães deprimidas apresentam maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais (Field, 1997; Hay, 1997; Murray e Cooper, 1997; Radke-Yarrow, 1998), auto-imagem negativa, distúrbios do apego (Radke-Yarrow et al., 1995), maior incidência de diagnóstico psiquiátrico (Radke-Yarrow, 1998), e de afeto negativo (Schwengber e Piccinini, 2004), bem como maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral (DAWSON ET AL., 2000; MOTTA, LUCION E MANFRO, 2005).

Mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa, menos capacidade de responder de forma contingente e direta aos sinais da criança e estabelecem menos contato físico com sua criança quando comparadas com mães não deprimidas (Dawson et al., 2000). A diminuição da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê que, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de intrusividade ou de retraimento (FIELD, 1997).

Nesse sentido, o estudo qualitativo realizado por Schwengber e Piccinini (2004) com 26 díades mães-bebê (11 díades com indicadores de depressão e 15 díades sem indicadores de depressão) corrobora os achados de Field (1997) acima citados somente no que se refere à presença de comportamentos de retraimento e apatia nas mães com indicadores de depressão. Portanto, salientamos que o comportamento de intrusividade materno não foi encontrado durante as interações dessas díades. Essas mães também apresentaram menos comportamentos facilitadores para que o bebê explorasse os brinquedos durante o jogo livre e menos ternura e afeição; enquanto seus filhos apresentaram mais afeto negativo. Em estudo posterior os mesmos pesquisadores (Schwengber e Piccinini, 2005) investigaram igualmente díades com indicadores de depressão (N = 9) e sem indicadores de depressão (N = 9) no final do primeiro ano de vida do bebê. A análise de conteúdo das entrevistas sobre o desenvolvimento do bebê e sobre a experiência da maternidade mostrou que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas, maior nível de estresse pela separação dos filhos em função do trabalho, pela ocorrência de conflitos familiares e conjugais, por dificuldades no manejo com o bebê e por dificuldades financeiras.

Murray et al. (1993) analisaram o discurso de mães com idade entre 20 e 40 anos, casadas, as quais foram designadas para um grupo controle de mães sem depressão (N = 20),

um segundo grupo de mães com depressão que experimentaram depressão menor pós-parto (N = 29) e um terceiro grupo de mães com depressão maior (N = 10). O discurso materno foi analisado durante uma hora de jogo com suas crianças. Os resultados obtidos, a partir da análise multivariada, apontaram mais afeto negativo e um discurso menos focado nas crianças do grupo de mães que apresentaram depressão pós-parto quando comparado aos dois outros grupos.

Em outro estudo, que examinou o efeito da simulação materna de depressão e afastamento para a interação mãe-bebê, as díades foram observadas em episódios interativos nos quais as mães simulavam por vezes afeto depressivo e afastamento e, em outro momento, afeto normal (Seiner e 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 (Hart, Field, Delvalle, e Pelaez- Noguerras, 1998; Lawson, Parrinello, e Ruff, 1992; Tamis-LeMonda e Bornstein, 1989). Mais especificamente, os autores apontaram 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. Em um desses estudos, Hart, Field, Delvalle e Pelaez- Noguerras (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 ET AL., 1995).

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 super estimulação. 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. Uma vez analisados de forma conjunta, estes estudos apontam para diversos efeitos da depressão da mãe na interação com o bebê tanto nos primeiros meses após o parto como em momentos mais avançados do desenvolvimento.

O estudo de Dawson et al. (1999) igualmente evidencia esta relação entre depressão materna e insensibilidade materna, incluindo a alteração da atividade elétrica cerebral no bebê. Os pesquisadores estudaram 99 mães (a amostra consistia basicamente de mães adultas, a maioria casada e de classe média, com patologias mentais sérias) divididas em dois grupos: deprimidas (N = 59) e não deprimidas (N = 40), com filhos de 13 a 15 meses de idade. Encontraram que as mães deprimidas mostravam-se menos sensitivas aos sinais de seus filhos ( $p < 0,1$ ). O grau de insensibilidade materna encontrado foi relacionado com a redução de atividade elétrica cerebral frontal esquerda (região associada com expressão de afetos positivos) nas crianças de mães deprimidas, quando comparadas às crianças de mães não deprimidas. A atividade cerebral foi avaliada, através de eletroencefalograma, em cinco situações diferentes e a redução da atividade cerebral se generalizava mesmo quando as crianças estavam na presença de adultos não deprimidos e em situações de interação positiva.

O desenvolvimento da linguagem se dá durante os primeiros anos de vida e a própria linguagem em si, em todos os seus aspectos, acompanha praticamente todas as atividades do ser humano ao longo de sua vida. O fato da aquisição da linguagem não requerer esforço especial pode parecer uma observação trivial, mas é bem verdade que, em toda criança que vive em condições normais, tal aquisição é esperada. Este aspecto natural da linguagem é questionado quando a criança demora a falar. Quando se refere ao período pré-lingüístico do desenvolvimento, o que pode surpreender e sobre o que se questiona é, por um lado, a

maneira quase perfeita como a mãe e a criança se compreendem e, por outro, a eficácia com que a criança, desde os primeiros meses de vida, transmite informações sobre seus estados fisiológicos, afetivos e cognitivos. A linguagem virá enxertar-se progressivamente nesta comunicação precoce, eficaz e segura; enfim, quando a criança começa a utilizar as primeiras expressões que podem ser consideradas como palavras, ela já adquiriu um domínio incontestável da comunicação (AGUADO, 2005).

A capacidade da criança para o aprendizado da linguagem pode não ser constante e pode se deteriorar com a idade. Uma conseqüência disto é que, se algum fator interferir na aquisição da linguagem durante os cruciais primeiros anos é possível não se recuperar posteriormente o déficit de linguagem, mesmo que o fator causador deste seja retirado. Não são todas as condições que afetam a evolução da linguagem, tendo efeitos permanentes e vitalícios, mas certas condições podem durar o suficiente para impedir que certos estágios do desenvolvimento se manifestem. Portanto, eventos adversos nos primeiros anos de vida podem provocar a regressão ou a paralisação do desenvolvimento da linguagem, sendo esta uma condição não muito comum em relatos da área (MOGFORD E BISHOP, 2002).

Existem relatos de casos de sujeitos que sofreram privações extremas na primeira infância e sua repercussão no desenvolvimento da linguagem. Algumas características apresentadas por essas pessoas são a carência de atributos humanos básicos como a fala e habilidades sociais (SKUSE, 2002).

Um estudo realizado por Noguchi, Assis e Malaquias (2006) constatou que o atraso do desenvolvimento da linguagem foi o problema mais comum encontrado por fonoaudiólogos que atenderam casos com vítimas de maus tratos, dentre eles abandono/negligência. A negligência é uma situação na qual não há uma interação satisfatória entre mãe e filho durante uma fase crítica da vida da criança. Essa ocorrência caracteriza uma das condições capazes de interferir no desenvolvimento infantil. Para o autor, dependendo da dimensão psicológica e neurológica dessa negligência, os danos podem ser permanentes. Há outros estudos realizados por Ballone; Skuse (2006), sobre abandono em fases precoces do desenvolvimento infantil, que demonstram prejuízos no desenvolvimento físico e psíquico das crianças vitimadas, como a perda gradual de interesse pelo meio e comportamentos estereotipados.

Recchia (2009) apresenta alguns casos de retardo de aquisição da linguagem, em que havia indícios de depressão materna no período do pós-parto. Há alterações do vínculo mãe-bebê, em alguns casos a dificuldade de um vínculo mais estreito que se reflete na ausência da mãe no diálogo. Em outros há uma descolagem da mãe-bebê incompleta, pelo não comparecimento da função paterna para efetivar o corte necessário. Em todos os casos, ficam

claras as relações entre as alterações na dialogia mãe-filho e alterações no exercício das funções parentais. O estudo deixa claro que não se trata de assumir uma relação de causa-efeito nos retardos de linguagem, substituindo a visão organicista de linguagem por uma psicológica da etiologia, mas o que se quer é demonstrar a complexidade adicional que o exercício das funções parentais traz quando se pensa a terapêutica, mesmo em casos em que haja um limite biológico.

### **2.3 ANÁLISE DAS INTERAÇÕES PRECOSES NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

Diversos autores entre os quais Melanie Klein, René Spitz, Donald Winnicott e John Bowlby, contribuíram para o desenvolvimento dos conhecimentos teóricos básicos sobre as interações precoces, em particular entre a mãe e o bebê. Considerando a abordagem psicanalítica, seguindo os pioneiros como (Fraiberg, 1980; Fraiberg, Adelson e Shapiro, 1976) em São Francisco, Lebovici (1983, 1992 e 1994) em Paris, Cramer (1974, 1985, 1987 e 1988) e Palacio-Espasa (Cramer e Palacio-Espasa, 1993) em Genebra, nos últimos anos vários outros estudos (Cramer, 1997, 1999; Golse, 1998; Guedeney e Lebovici, 1999; Lebovici, 1998; Mazet, 1999; Mazet, Cukier-Hemeury, Latoch, Rosenblun e Sitbon, 1989; Mazet e Stoleru, 1990;) sobre as interações precoces foram publicados.

Pesquisas provenientes de outras abordagens teóricas como a Psicologia do Desenvolvimento, a Psicologia Cognitiva-Construtivista e a Psicologia Sistêmica, também têm sido importantes para o desenvolvimento dos conhecimentos sobre a interação mãe/criança e o vínculo precoce, destacando-se as contribuições também pioneiras de Ainsworth (Ainsworth, Bell e Stayton, 1974; Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978), Brazelton (Brazelton, 1981; Brazelton e Als, 1981), Stern (1977, 1985, 1997), Field (1987) e outros. Esses estudos, que podem apresentar complementaridades e divergências, e se basearem em diferentes parâmetros qualitativos e quantitativos e em situações  $\frac{3}{4}$  naturais, experimentais, clínicas  $\frac{3}{4}$  diversas, têm em comum a consideração da importância da interação mãe/bebê para a constituição do vínculo primário, fundamental para o desenvolvimento psíquico da criança.

Nesse processo interativo, o bebê não é apenas submisso às influências do ambiente, mas é também um parceiro ativo, que gera importantes modificações no seu meio, cabendo ao círculo *maternante* interpretar as suas necessidades físicas e psíquicas, e contribuir no sentido de atendê-las, favorecendo a regulação dos estados e a organização dos sistemas de biorritmo. Portanto, a interação se dá em um interjogo entre parceiros, no qual um influencia o outro em

um processo contínuo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca. Considera-se assim que a interação entre o bebê e o adulto é sempre assimétrica, permanecendo, no início, principalmente não-verbal, o que dificulta sua análise, compreensão e interpretação. Cada um dos participantes da interação tem manifestações que dependem do seu próprio funcionamento psíquico: a mãe, o bebê e também o pai. Isto significa que, como em qualquer relação interpessoal, além das pessoas diretamente envolvidas, com suas características reais, há elementos representacionais imaginários e fantasmáticos.

As representações englobam as fantasias, os temores, os desejos, as distorções, as percepções seletivas atribuídas, etc. de cada um dos parceiros da díade, ou da tríade, com relação ao outro, estando implicados tanto os elementos imaginários, acessíveis ao consciente, como os elementos fantasmáticos e as identificações inconscientes. São principalmente as relações familiares que regulam a corrente emocional, influenciam a eleição de defesas e modelam o alcance do impacto fantasia/realidade na criança sendo as interações reais um correlato das interações fantasmáticas (CRAMER, 1974).

O apego, definido por Bowlby (1982) como a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com outros e de explicarem as diferentes formas de consternação emocional que ocorrem quando da separação ou perda involuntárias do outro, é construído a partir do processo de interação entre o bebê e o círculo maternante. Os aspectos psíquicos da mãe e do pai, ou seja, das pessoas que formam o círculo maternante, e principalmente seus recursos internos de resiliência, são elementos fundamentais implicados na relação com a criança, e sua consideração deve levar em conta a história dos pais enquanto crianças e filhos de seus próprios pais. Esta é a dimensão transgeracional das representações, que tem registros em cada um dos protagonistas, nas suas relações e na dinâmica familiar.

A família, considerada como unidade social básica, forma como que uma membrana semipermeável entre seus membros e o grupo social, sofrendo pressões de diversas naturezas (costumes/normas, forças históricas, etc.). No entanto, se a influência direta dos pais persiste na vida por um tempo limitado, sua influência afetiva e estruturante pode influenciar por toda a vida, e seu registro psíquico transcende sua presença física e mesmo sua morte, podendo elementos das relações estabelecidas influenciarem gerações posteriores em uma transmissão transgeracional, a qual se dá, principalmente, de forma inconsciente. Os distúrbios precoces da interação ocorrem por aspectos ligados ao adulto e suas representações, e por elementos da criança que repercutem no adulto e nas representações deste. Assim, os padrões de parentalidade podem ser identificados e a dinâmica interativa compreendida a partir dos distúrbios emocionais dos pais e da criança, podendo-se analisar as interações em seus



diferentes aspectos, buscando-se uma compreensão ampla e abrangente, procurando o sentido latente que os distúrbios possam ter na dinâmica familiar, seu sentido na história pessoal dos protagonistas, seu registro nas relações atuais e sua dimensão transgeracional.

Na análise das interações precoces, principalmente mãe/bebê, há elementos básicos a serem considerados: os padrões de maternidade e a dinâmica interativa. Quanto aos *padrões de maternidade* devem ser valorizados os elementos saudáveis, enfatizando-se os aspectos positivos como as mães desempenham suas funções centrais de defesa da vida e da saúde, de cuidados físicos, de promoção de experiências iniciais, de favorecimento do desenvolvimento físico e psíquico, de transmissão e criação de normas culturais e de educação até o indivíduo ter condições para uma vida independente. Devem ser identificados também os aspectos associados à maternidade patológica, seja por omissão, depreciação, rejeição, descontinuidade, abandono etc... que podem conduzir a desajustes e a sintomas psicofuncionais na criança ou psicopatologias mais graves.

Quanto à *dinâmica interativa* esta deve ser considerada a partir de três eixos principais: A *interação comportamental*, que inclui aspectos diretamente observáveis: as ações - a maneira como o bebê é cuidado, segurado e manipulado nas atividades de rotina e de interação; as interações corporais - toque, contato cutâneo, movimento corporal, carícias, exploração do corpo, ajustes posturais e motores; as interações visuais - contato visual, interação face-a-face; as interações vocais - fala, entonação, linguagem, canto, choro, riso; os ciclos de interação, incluindo o emparelhamento e a sincronicidade - alternância de respostas e dos ciclos de atenção e desligamento, trocas de papéis, reciprocidade, controle no ritmo interativo.

A *interação afetiva*, que envolve os afetos e suas formas de expressão: a atenção e a sensibilidade aos sinais da criança - interpretação dos sinais, intensidade da estimulação, qualidade das respostas, escolha de atividades adequadas levando em conta a idade, as condições e o desenvolvimento da criança assim como a situação; a responsividade, a reciprocidade e os intercâmbios - respostas apropriadas em tempo compatível, mutualidade harmônica; a tonalidade emocional dominante nas trocas afetivas - sentimentos manifestos no comportamento, no contato corporal, na linguagem e na comunicação em geral, o compartilhar das experiências emocionais, a estabilidade das manifestações afetivas e a sincronia com a situação, a harmonia nas trocas afetivas; as transformações da interação - acompanhando o desenvolvimento físico e psíquico do parceiro.

A *interação fantasmática*, que considera os aspectos intrapsíquicos Cramer (1974), incluindo a dimensão transgeracional: as expectativas, fantasias e identificações da mãe com

relação à criança - sexo, aparência física, nome, saúde, comportamento etc.; a percepção da mãe de si própria, como pais e como pessoas, e de seu parceiro conjugal, como pai/mãe e como pessoa; a percepção da mãe de seus próprios pais, como pais e como pessoas; as mudanças nas relações dos pais com as próprias mães e pais a partir do nascimento da criança.

A análise das interações precoces tem-se mostrado um instrumento muito rico na intervenção psicológica na dinâmica familiar (Batista Pinto, 2000), possibilitando a detecção precoce de conflitos relativos à *maternagem* e à *paternagem*, favorecendo a interpretação, e contribuindo para prevenir distúrbios do vínculo com suas conseqüências no desenvolvimento da criança e no aparecimento de sintomas psicofuncionais e psicopatologias.

### **2.3.1 INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Golse (2002) descreveu quatro tipos de padrões de interação entre as mães deprimidas e suas crianças: de acordo com um primeiro padrão, as mães deprimidas são tristes, lentas, silenciosas e voltadas para si próprias, com pouca expressão afetiva. Segundo outro padrão, elas são coléricas e tensas, notadamente em sua expressão facial. Um terceiro padrão indica mães intrusivas e rudes durante suas interações com seu bebê, hiperestimulantes num certo sentido. De acordo com um último padrão, as mães deprimidas misturam os sinais dos padrões precedentes. André Green (1988) criou o conceito de mãe morta para definir a mãe enlutada e depressiva que cuida de um bebê e as conseqüências desse comportamento na criança. A mãe morta aqui analisada é uma metáfora, pois Green não trata das conseqüências psíquicas da morte real da mãe, mas de uma imago que se constitui na psique da criança em conseqüência de uma depressão materna, particularmente devido a um luto sofrido pela mãe, mas também por abandono ou humilhações e grandes infortúnios vividos por ela. Green (1988) demonstra o quanto essa mãe que está criando um bebê pode afetá-lo, por estar com seu estado emocional comprometido pelo traço essencial de uma depressão. A variedade dos fatores desencadeantes da depressão materna é muito grande, podendo-se destacar, entre alguns deles, a perda de um ente querido, o sofrimento de uma decepção que inflige uma ferida narcisista, infortúnio na família nuclear ou na família de origem, ligação amorosa do pai que abandona a mãe, humilhação, etc. Em todos os casos, a tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança estão em primeiro plano (GREEN, 1988).

A mãe morta é, portanto, uma mãe que permanece viva, mas que está aos olhos da pequena criança de quem ela cuida morta psiquicamente. Green diz que tal depressão materna

transforma brutalmente o objeto vivo, fonte de vitalidade da criança, em figura “distante, átona, quase inanimada, impregnando muito profundamente os investimentos de certos sujeitos que temos em análise e pensando sobre o destino de seu futuro libidinal, objetal e narcisista”. (GREEN, 1988, p. 239).

As depressões maternas menos "mentalizadas" e mais "operatórias", consideradas, entre as depressões de início da maternagem, as mais perigosas, segundo Golse (2001), podem provocar quadros psicopatológicos variados no bebê, dependendo da natureza, intensidade e data de sua manifestação. Entre essas conseqüências, as depressões do bebê ocupam um lugar central. Golse (2001) enfatiza que essas depressões maternas são apenas um dos múltiplos elos que conduzem à patologia do bebê. Em primeiro lugar, ele descreve as depressões clássicas do bebê estudadas por Bowlby (2002), tais como reações à separação e perda de vínculo, e também a chamada depressão anaclítica ou hospitalismo, fenômenos verificados por Spitz (2000). Essas depressões são associadas às carências maternas quantitativas.

Centraremos nosso tema, no entanto, às carências maternas qualitativas, ou seja, nas dificuldades interativas do bebê com uma mãe deprimida, que está presente, mas psicologicamente indisponível para ele, porque está, justamente, afetada pelos humores da depressão. Há duas depressões do bebê que parecem corresponder a este quadro: as depressões frias ou brancas e a síndrome de comportamento vazio (GOLSE, 2001).

Tanto as depressões frias como a síndrome do comportamento vazio estão ligadas, portanto, a carências maternas qualitativas. As primeiras, no entanto, remetem para uma ruptura interativa súbita, segundo Golse (2002), enquanto a segunda, que ele chama de verdadeiro equivalente depressivo, desenrola-se ao longo do tempo, traduzindo uma carência, uma falta em nível da organização mental, e remete não para uma ruptura, mas para descontinuidades interativas repetidas ou para o que ele chamou de “relação desértica habitual”. Nesse último caso, Golse (2002) diz que, se não houver uma intervenção terapêutica suficientemente precoce, a evolução dessa depressão pode dar lugar a retardos de linguagem, distúrbios cognitivos e inibição defensiva do pensamento.

Outras possíveis conseqüências das depressões maternas na criança destacadas por Golse são as convulsões do quinto dia, “de prognóstico francamente benigno e sem explicação pediátrica reconhecida até hoje”. (Golse, 2001, P. 117). Segundo o autor, pode-se avançar na hipótese de que tais fenômenos ocorrem devido a um “desistir” interativo do bebê pela mãe, estando ela nesse momento menos capaz experimentalmente de reconhecer o seu bebê, entre outros motivos, devido à depressão pós-parto que atravessa. “O fracasso relativo

do sistema pára-excitação materno daria então lugar a uma hiperestimulação perceptiva do bebê que se resolveria na crise convulsiva”. (GOLSE, 2001, p. 118).

Um sintoma clássico das depressões infantis em decorrência da depressão materna é a insônia do bebê, embora Golse (2001) ressalve que esse problema possa ocorrer também em outras situações. O mesmo autor observa que o sono da criança se torna difícil quando a mãe está ansiosa ou deprimida porque, nesse caso, a criança não tem a confiança necessária no objeto libidinal para se deixar levar pela regressão fusional e pela quietude narcísica do adormecimento. Desse modo, a criança agarra-se à vigília como se quisesse segurar a mãe com os olhos, como se com o olhar a mantivesse viva, o que mostra bem a precariedade existencial dos seus objetos, quer externos ou internos.

Winnicott (1983, p. 57-58) relatou quatro patologias que poderão ser desenvolvidas pela criança devido a problemas de maternagem, que destacamos abaixo com suas próprias definições. São elas: a) Esquizofrenia infantil ou autismo; b) Esquizofrenia latente; c) Falsa autodefesa; e d) Personalidade esquizóide.

Sobre esse primeiro grupo de patologias, o que podemos comentar é que, levando em conta as afirmações de Winnicott (1983) – nos casos em que ele observa não haver evidências de defeito neurológico -, deve ter ocorrido grave deficiência na maternagem e, portanto, um *holding* drasticamente ineficiente. Nessas situações, pode até mesmo ter havido, em nossa opinião, abandono por parte da mãe, maus tratos à criança – enfim, um ambiente nada acolhedor – e outros tantos problemas que podem acometer um recém-nascido. Isso tudo pode ainda estar somado a uma tendência inata da criança a adquirir tais patologias em interação com um ambiente deteriorado.

Nesse caso, a patologia poderá passar despercebida durante a infância, conforme nos diz Winnicott (1983). Mas, no decorrer dos anos, com as cobranças vindas da escola, da sociedade, das relações familiares, pressões variadas que farão o sujeito viver frustrações e testar sua capacidade de interação com o meio, tudo isso poderá desencadear o transtorno e revelar, enfim, a fragilidade de uma pessoa que talvez não tenha recebido um *holding* apropriado da mãe ou da substituta, ou, então, não tenha nascido num ambiente suficientemente bom para ser acolhida de forma apropriada nos primórdios de sua vida.

Perry e Polard (1998), sugerem que a falha persistente na manipulação dos bebês nos primeiros meses de vida, principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebê, contribui para diminuir e/ou não desenvolver adequadamente conexões neuronais. Há evidências de que falhas no cuidado inicial devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associadas a alterações no padrão de apego<sup>6-8</sup> e no desenvolvimento

motor e mental dos bebês (Field, 1992). Alguns autores observam uma possível correlação entre experiências iniciais de privação e a ocorrência de depressão, ansiedade e abuso de drogas tanto na criança quanto no adulto (Kaufman, 1991), e personalidade *borderline* no adulto (PLOTSKY, 1998).

As atitudes inconscientes da mãe facilitam as ações do bebê e podem também ter uma influência patogênica sobre o seu desenvolvimento, pois "a própria perfeição de uma relação entre dois seres tão intimamente harmônicos entre si - e unidos por tantas coisas tangíveis e intangíveis - acarreta a possibilidade de sérios distúrbios, caso haja uma quebra de sintonia" (Spitz, op. cit., p. 185), ainda mais que essa relação envolve de um lado um parceiro ativo e dominante e do outro lado, um receptor passivo e totalmente dependente.

Os distúrbios da personalidade materna e a relação insuficiente entre mãe e bebê provocam sérias influências psicológicas prejudiciais e fortes perturbações na criança, assim "podemos dizer que a personalidade da mãe atua como um agente provocador da doença, como uma toxina psicológica" (Spitz, op. cit., p. 187), que podem ser geradores das doenças de carência afetiva e dos distúrbios emocionais como a rejeição primária ativa e rejeição primária passiva. A rejeição primária ativa ocorre quando a atitude materna consiste em uma rejeição global da maternidade, esta rejeição inclui a gravidez e a criança e, provavelmente, também muitos aspectos da sexualidade genital (Spitz, op. cit., p. 189). Já a rejeição primária passiva é quando a rejeição materna não é dirigida contra a criança como um indivíduo, mas contra o fato de ela ter tido uma criança. Isto quer dizer, é uma rejeição da maternidade, e não se refere a um objeto determinado (SPITZ, op. cit., p. 191).

A cólica dos três meses, o eczema infantil, a oscilação entre mimo e hostilidade, as oscilações cíclicas de humor da mãe e a hostilidade materna conscientemente compensada, são as patologias decorrentes das relações objetais. A coprofagia e a manipulação fecal pressupõem um tipo de relação objetal patológica e os altos e baixos do temperamento emocional da mãe propiciam outros sintomas, sendo que "o humor depressivo da mãe origina, na criança, uma inclinação para tendências depressivas. A mãe deprimida afasta-se da criança e a criança, nas palavras de Anna Freud, 'acompanha-a em seu humor depressivo'" (SPITZ, op. cit., p. 227).

A criança é contaminada pelo clima afetivo presente e quando a mãe depressiva se afasta por achar-se deprimida, bloqueia o desenvolvimento normal do bebê e "a mudança radical de sua atitude emocional transforma-a num objeto "mau". Enquanto o objeto "bom" atrai as oportunidades para trocas de ação com a criança, a mãe que se afastou por depressão evita-as e nega-as. A criança é, assim, privada de oportunidade de completar a fusão. Em sua

necessidade de trocas de ação, ela segue a mãe a atitude depressiva e adquire, então, sua tendência incorporativa global, tentando manter aquilo que já conseguiu no caminho das relações objetais" (SPITZ, op. cit., p. 228).

Os efeitos da perda do objeto acarretam as doenças de carência afetiva do bebê que é a privação afetiva parcial (depressão anaclítica) e a privação afetiva total (hospitalismo), sendo que "a depressão analítica e o hospitalismo demonstram que uma grande deficiência nas relações objetais leva a uma parada no desenvolvimento de todos os setores da personalidade" (Spitz, op. cit., p. 249), destacando a importância dessas relações durante este processo. A criança acompanha a mãe na sua depressão e no seu humor, pois "faltam ainda muitos mecanismo do ego, a criança só pode sobreviver porque sua mãe serve-lhe de ego exterior, de ego auxiliar (Spitz, 1951), que preenche sua estrutura psíquica incompleta e inadequada, e propicia o mecanismo sensório-motor necessário para o funcionamento adaptativo e regulativo" (Spitz, op. cit., p. 230). Quando distúrbios sérios como os descritos acima "ocorrem durante o período formativo da psique, acabam deixando cicatrizes na estrutura e funcionamento psíquico" (SPITZ, op. cit., p. 257).

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIS) constituíram um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento, e também de permitir a localização a tempo de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais saudável, e com menor sofrimento.

Os IRDI foram validados na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil, que foi realizada no período 2000-2008 pelo GNP (Grupo Nacional de Pesquisa), coordenado pela Profa. Dra. Maria Cristina Machado Kupfer, com base na teoria psicanalítica de orientação lacaniana e winnicottiana, e da experiência clínica. Um grupo de pesquisadores universitários brasileiros colocou em prática esses princípios teóricos e desenvolveu um protocolo com 31 Indicadores Clínicos de Risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observável e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança que poderiam ser úteis para indicar a possibilidade de surgimento de distúrbios psíquicos ulteriores. Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

A pesquisa se desenrolou em duas etapas: 1) aplicação do IRDI em 680 crianças e respectivos responsáveis, de 10 cidades brasileiras (englobando todas as regiões do país) até a idade de 18 meses; 2) composição de uma sub-amostra de 300 crianças avaliadas na idade de três anos através de uma avaliação psiquiátrica e psicanalítica, por meio de dois protocolos

criados para esse fim: o roteiro para a Avaliação Psicanalítica (AP3), e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica. Essas avaliações foram finalizadas em janeiro de 2007. A partir dos resultados da avaliação psicanalítica foi montada uma tabela de sintomas clínicos. Definiu-se em seguida o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, foram escolhidos e organizados de acordo as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere a atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras. Quatro operações formadoras foram escolhidas, em função de sua relevância na história dos cem anos de experiência clínica psicanalítica, e por constituírem uma síntese de diversas propostas teóricas nesse campo.

Os conceitos operatórios, cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). No eixo **“suposição do sujeito”** trata-se de uma antecipação realizada pelo agente materno, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). No eixo **“estabelecimento da demanda”** trata-se de que as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, sejam reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder, ou seja, implica uma interpretação em que a mãe usa linguagem, “traduz” em palavras as ações da criança, e “traduz” em ações suas próprias palavras. Já o eixo **“alternância presença/ausência”** implica que a mãe (ou o cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Por exemplo, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo diante do qual venha a surgir a resposta da criança. Finalmente, o eixo **“função paterna”** pressupõe que a mãe tenha a criança numa posição de referência a um terceiro (geralmente o pai) em seu laço com ele, não fazendo dessa criança um objeto que se presta unicamente à sua satisfação.

Todos esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por J. Lacan, F. Dolto e por D. Winnicott, predominantemente. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da

posição subjetiva da criança. O objetivo principal da pesquisa IRDI foi o de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Além disso, a pesquisa objetivou: 1. Definir, selecionar e validar indicadores para capacitar médicos da rede pública para a identificação de risco de problemas de desenvolvimento na primeira infância; 2. Descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atenção à criança em relação aos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento na primeira infância; 3. Verificar a associação dos indicadores clínicos de risco para problemas de desenvolvimento na primeira infância com as características clínicas de crianças atendidas na rede pública; 4. Selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de zero a cinco anos proposta pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 1, apresentam-se os indicadores com as anotações SS, ED, PA e FP, que indicam os eixos aos quais se referem.

**Quadro 1: Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil**

<b>Idade em meses:</b>	<b>Indicadores:</b>	<b>Eixos</b>
<b>0 a 4 incompletos:</b>	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. 2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês). 3. A criança reage ao manhês. 4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. 5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/ED  SS  ED PA SS/PA
<b>4 a 8 incompletos:</b>	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite. 7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. 8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta. 9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases. 10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. 11. A criança procura ativamente o olhar da mãe. 12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço. 13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/PA ED ED/PA SS/PA ED ED/PA SS/ED/PA ED/FP
<b>8 a 12 incompletos:</b>	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. 15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. 16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa. 17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. 18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. 19. A criança possui objetos prediletos.	ED/SS  ED  ED SS/PA FP ED



	20. A criança faz gracinhas.	ED
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED
	22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
<b>12 a 18 meses:</b>	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP
	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	FP

Na análise estatística preliminar da Pesquisa Multicêntrica, foi apontado que o IRDI possui uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico. No quadro 1 podemos observar indicadores de risco em destaque. Já na análise estatística final da pesquisa, houve correlação significativa para prever risco psíquico:

- na faixa de 0 a 4 meses: todos os cinco indicadores formam um fator só que é significativo para prever risco psíquico (RR=3,51; IC95% 1,10-11,17).

- na faixa de 4 a 8 meses: há um fator formado pelos indicadores 6,7,8,9 que é significativo para prever risco psíquico (RR=2,50; IC95% 1,01-6,59).

- na faixa de 8 a 12 meses: há um fator formado pelos indicadores 16 e 22 que é significativo para prever risco psíquico (RR=5,01; IC95% 1,97-13,15).

-na faixa de 12 a 18 meses: há um fator formado pelos indicadores 23, 24, 26 e 30 que é significativo para prever risco psíquico (RR=1,99; IC95% 1,03-3,85) e também para prever problemas de desenvolvimento (RR=2,82; IC95% 1,45-5,45).

A partir dos resultados finais definidos acima, um novo protocolo de IRDI foi construído, no qual figuram 15 indicadores de poder preditivo para risco psíquico. No quadro 2 podemos observar a versão final dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), instrumento utilizado na população deste estudo.

## Quadro 2: Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil - Versão Final

Idade em meses:	Indicadores:
<b>0 a 4 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</li><li>2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</li><li>3. A criança reage ao manhês.</li><li>4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</li><li>5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</li></ol>
<b>4 a 8 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</li><li>7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</li><li>8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</li></ol>
<b>8 a 12 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</li><li>10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</li><li>11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</li><li>12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</li><li>13. A criança faz gracinhas.</li><li>14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</li></ol>
<b>12 a 18 meses:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</li><li>16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</li><li>17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</li><li>18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</li></ol>

Um aspecto importante a ser ressaltado na observação desses índices é a relevância comunicativa dos mesmos. Além de captarem o risco para a estruturação psíquica, os mesmos abrangem aspectos fundamentais para o surgimento do diálogo mãe-filho, pois vários, por exemplo, de 1 a 8, 10 e 11 versam sobre a protoconversaçãoinicial. Estes, em conjunto com o índice 14, relacionam aspectos evolutivos de particular interesse à Fonoaudiologia e aos distúrbios da comunicação humana, pois, além a face psíquica, apresentam-se como elementos importantes para prever risco ao desenvolvimento da linguagem oral e de outras funções orais.

### 2.3.2 A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Falar em intervenção precoce pressupõe uma especificidade na clínica de bebês. Se, por um lado, esse bebê se atrela à prematuridade biológica que o coloca totalmente à mercê do Outro que irá humanizá-lo ao introduzi-lo no universo da linguagem, por outro lado, será dessa condição mesma que ele irá se valer, uma vez que a prematuridade confere a permeabilidade ao significante (JERUSALINSKY, 1984).

A intervenção precoce, no que concerne à psicopatologia nos primeiros anos de vida, apóia-se em duas proposições fundamentais e interdependentes, oriundas desses dois campos. A importância dos primeiros anos na constituição do sujeito e o alto grau de mobilidade das formações psicopatológicas até a puberdade, concepção que se fundamenta no conceito neurológico de neuroplasticidade (Kandel) ou flexibilidade neuronal (CORIAT E JERUSALINSKY, 1976).

Segundo Jerusalinsky (2002, 2005), processos orgânicos como a migração neuronal que encontram seu ápice entre os oito e os dezoito meses de idade dependem substancialmente das experiências infantis primordiais, da introdução do sujeito no universo da linguagem. O psiquismo humano depende fundamentalmente dessa captura pela língua, da matriz simbólica que configura a sua relação com o Outro. Isso significa que "... o fantasma materno tem uma incidência direta na configuração do funcionamento cerebral..." (p. 84), ou seja, a vital e recíproca dependência entre o orgânico e o psíquico.

O bebê, mesmo antes de nascer, já está inserido numa cadeia simbólica que irá representá-lo, porém, o seu aparelho psíquico, virgem de inscrições significantes, só se deixará marcar pela obra do desejo do Outro; e o lugar que ele ocupa no desejo de seus pais poderá ser lido na maneira como falam e lidam com ele, como satisfazem ou não às suas necessidades, se seus gestos são significados pelo Outro e entendidos como endereçados ao Outro, em outras palavras, se o bebê é objeto de identificação para os pais e antecipado como um sujeitinho desejante. As experiências compartilhadas e absorvidas inicialmente como prazer-desprazer irão delimitando, contornando o seu corpinho e constituindo a sua subjetividade. Mas o tempo urge e, embora as funções psíquicas se constituam dentro de um tempo lógico, há nesse primeiro tempo da estruturação psíquica uma dependência vital ao tempo real, cronológico. Coriat (1997) salienta que a possibilidade de inscrição das marcas fundantes do psiquismo depende dessa variável temporal, pois o sistema nervoso central só está apto a receber determinadas inscrições no início da vida.

Laznik (2004) também tem este pensamento ao se referir à plasticidade neuronal como o que confere a possibilidade de fazer suplências, considerando a idade da intervenção um dado central, para que se possam instaurar as estruturas que suportam o funcionamento dos processos de pensar inconsciente, antes que uma possível deficiência se instale. Ao relacionar a instauração da estrutura do pensamento inconsciente à estruturação do circuito pulsional, este, enquanto suporte do trajeto das representações inconscientes no aparelho psíquico, dirá que, para que circule, a função de representação deve passar pelo pólo alucinatório de satisfação de desejo, berço das inscrições dos traços mnêmicos das primeiras experiências

com o gozo do Outro.

Há, portanto, extrema relevância na pesquisa de estados emocionais maternos e de predisposições do bebê em relação à apetência simbólica para que se possam implantar programas de estimulação precoce em rede com os serviços de atenção a saúde materno-infantil. Essa perspectiva permite pensar em um maior sucesso em tais intervenções de modo a evitar ou minimizar transtornos do desenvolvimento infantil.

### **2.3.2 A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL**

O suporte social, dentro deste o suporte familiar, é muito importante para a manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos (Dessen e Braz, 2000). O papel do suporte social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos em que se observam diversas modificações psicossociais e fisiológicas como é o caso da gravidez e do puerpério. Ele está associado positivamente com a saúde mental, podendo neutralizar a sintomatologia depressiva e ansiosa nos estados gravídicos e puerperais (Clay e Seehusen, 2004; Hung e Chung, 2001).

Os suportes sociais são, também, fatores importantes para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. Crittenden (1985), visando estudar as correlações entre as redes sociais, a qualidade do cuidado da criança e o desenvolvimento infantil, observou 121 díades mãe-criança, por meio do procedimento da "Situação Estranha", utilizado em estudos sobre a relação de apego. Os resultados mostraram que os padrões maternos de suporte social estavam relacionados com a segurança da criança nas relações de apego.

Jennings, Stagg e Connors (1991) também encontraram efeitos benéficos do suporte social recebido por mães, que apresentaram comportamentos mais adequados em relação a suas crianças. Em sua pesquisa, 44 mães foram entrevistadas sobre suas redes sociais, redigiram um diário de seus contatos com os membros da rede e foram observadas em interação com suas crianças de 04 anos de idade, em uma sessão de brincadeira. Os autores definiram dois tipos básicos de rede social das mães, a partir dos quais realizaram suas análises: (a) rede pessoal, que corresponde a todas as pessoas que a mãe considera importantes em sua vida, incluindo seu esposo, outros membros da família nuclear, parentes, amigos, vizinhos e outros e (b) rede maternal, que inclui as pessoas que a mãe considera importantes para o desempenho de seu papel de mãe, como aquelas com as quais ela conversa

sobre a criança, que cuidam da mesma ou prestam outro tipo de assistência. Os resultados demonstraram que as mães que relataram níveis mais altos de satisfação com suas redes de apoio pessoais e tinham redes maternas mais extensas apresentaram mais comportamentos maternos considerados adequados. Em outras palavras, essas mães eram menos intrusivas e controladoras e estabeleciam relações mais satisfatórias com suas crianças.

Schwengber e Piccinini (2003) apontam que há a evidência de uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento. O não-planejamento da gestação, o nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar, as dificuldades no parto e as vezes a morte do bebê, também consistem em fatores associados ao aparecimento da depressão materna. Além destes fatores, a pesquisa dos autores citados apresenta alguns estudos que mostram uma associação entre a depressão da mãe e eventos de vida estressantes, como: problemas de saúde da criança, dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e adversidades socioeconômicas. Variáveis sociodemográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da depressão pós-parto. Contudo, entre esses fatores, o estado civil tem aparecido em alguns estudos, como mais associado a esse quadro, especialmente entre mães solteiras sem apoio social.

Segundo Cruz, Simões e Faissal-Cury (2005), a partir de evidências identificadas no seu estudo com uma amostra de 70 puérperas usuárias de um serviço público de saúde, na cidade de São Paulo, quanto maior a percepção de suporte social do parceiro menor a prevalência da depressão pós-parto. Estes resultados corroboram com o estudo de Saraiva (2007), no qual as mães puérperas deprimidas ancoraram as representações sociais da depressão puerperal nos seus fatores desencadeantes, objetivados nas conflituosas relações sociais familiares e amorosas. A evidência da relação entre a qualidade do relacionamento conjugal e a depressão materna é também confirmada com o resultado de um levantamento de estudos teóricos e empíricos realizado por Sotto-Mayor e Piccinini (2005).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1. Cálculo e Seleção da Amostra**

Para a realização do cálculo amostral foi utilizado a prevalência da depressão materna no período pós-parto, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) brasileira, que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de 5 pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra mínima em 163 mães-bebês. Tal dimensão amostral se deu pela projeção da prevalência da depressão pós-parto na realidade de mães de bebês sem alterações biológicas no desenvolvimento, que buscam o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário.

Nos capítulos que serão apresentados nesse estudo, a população estudada em cada artigo não será a mesma estimada no cálculo amostral. No artigo de pesquisa 1 foram estudadas 183 mães-bebês, devido a grande demanda de bebês que buscam o serviço e principalmente pela possibilidade de perda de sujeitos.

Nos artigos 2 e 3 foram estudadas 165 mães-bebês. Esta amostra foi estipulada, pois encontraram-se dificuldades que interferiram negativamente no seguimento da retestagem dos IRDIs, como a perda de sujeitos e o curto espaço de tempo para cumprir a coleta de dados.

As dificuldades encontradas foram: nem sempre as mães compareciam no reteste agendado no Saf (serviço de atendimento fonoaudiológico); quando marcado nas residências das mães, tinham-se dificuldades de localizar o endereço indicado, além do difícil acesso. O contato telefônico (nº inexistente, fora de área de cobertura), também interferiu negativamente, pois nem sempre as mães eram encontradas nos números que estavam cadastrados no banco de dados.

A pesquisa foi realizada no HUSM, localizado na Universidade Federal de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi feita no período de março a maio de 2010 no ambulatório de Audiologia do HUSM, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal dos recém-nascidos de Santa Maria e região. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: ser bebê nascido, pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães, sem alterações orgânicas importantes. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes

do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esses critérios foram estabelecidos porque, além da depressão pós-parto, estudaram-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) nas díades.

### **3.2 Coleta e Análise de Dados**

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro consistiu da entrevista com as mães e aplicação do Inventário de Depressão de Beck – BDI (ANEXO IV). No segundo foi feita uma filmagem da interação mãe-bebê para a análise dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil - IRDIs (ANEXO V). No primeiro momento as mães foram convidadas a participar do estudo pela psicóloga responsável da pesquisa, que explicou detalhadamente os propósitos do estudo. A seguir, as mães voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre (ANEXO I) e Esclarecido para criação de banco de imagens (ANEXO II) em duas vias. Estes documentos visavam informar as participantes, de forma sucinta, os objetivos da pesquisa, dados dos pesquisadores responsáveis, além de assegurar o sigilo de suas identidades e de seus filhos.

As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 20 minutos. Para realização da entrevista, foi utilizado um roteiro (ANEXO III) com o objetivo de investigar as informações socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação), demográficas (idade, estado civil, número de filhos), obstétricas (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do recém nascido, intercorrências com o recém-nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento) e psicossociais (suporte social, histórico de depressão materna e experiência da maternidade).

No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (Nudif, 2003), instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao Inventário de Depressão de Beck, com a finalidade de investigar o risco de depressão materna no período pós-parto. Por se tratar de participantes que conduziam seus bebês no colo, a pesquisadora

anotou as respostas da entrevista e também da escala de avaliação da depressão. As respostas do BDI foram corrigidas pela psicóloga responsável pelo estudo. O BDI foi utilizado por ser um instrumento de rastreamento de depressão, e, portanto, não possuir pretensão diagnóstica, é um instrumento de fácil aplicação, que tem o objetivo de avaliar manifestações comportamentais de depressão na semana anterior à aplicação. 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 recentemente, 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: em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). 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, 2001; CUNHA, PRIEB, GOULART E LEMES, 1996).

Na entrevista foi solicitado que a mãe falasse livremente sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e à experiência da maternidade. O objetivo da entrevista foi investigar a evolução dos afetos e vivências emocionais com relação à maternidade, habilidades e características emocionais do bebê, os sentimentos e atitudes no desempenho do papel materno, a forma como esses padrões afetam a relação mãe-filho e o desenvolvimento da criança. Examinou-se também a ocorrência de eventos estressantes.

Por meio da observação clínica e impressão subjetiva da psicóloga durante o discurso materno, atribuíram-se os seguintes fatores de risco para o estabelecimento da experiência da maternidade: dificuldades na relação com o bebê, ou seja, a mãe não consegue um vínculo e sintonia com as demandas do seu bebê, sentimento de incapacidade para cuidar de seu filho necessitando da presença de uma figura de apoio para auxiliá-la nos cuidados do bebê; a mãe sente dificuldade de apontar as habilidades do desenvolvimento do bebê, mostrando-se despercebida com os avanços do mesmo. Os eventos estressantes neste período também foram considerados como índices de risco: a falta de suporte social, desemprego do companheiro, dificuldades financeiras e conflitos familiares. A partir destes dados identificou-se a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade.

Em contrapartida, considerou-se ausência de dificuldades para a constituição da experiência da maternidade, quando a mãe e seu ambiente social estavam em relativo



equilíbrio, ou seja, desprovido de fatores estressantes. Assim, aponta-se que, quando a mãe não estava acometida de alterações emocionais para exercer a maternagem, a mesma tinha prazer e confiança em cuidar do seu bebê; também quando a figura materna sabia identificar o que seu bebê desejava quando estava choramingando; quando mostrava-se atenta ao bebê quando ele a procurava ao ouvir sua voz e quando interagia através de sorrisos e balbucios e a mãe estava pronta para correspondê-lo. Também quando a mãe referia-se aos avanços do desenvolvimento de seu bebê com muita satisfação, apontando todos os progressos adquiridos, ou seja, a mãe se apresentava motivada e participativa no desenvolvimento de seu bebê.

As mães que apresentaram depressão pela avaliação do BDI e que foram consideradas acometidas de alterações emocionais para exercer a função materna, a partir da análise da entrevista, foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

No segundo momento desse estudo, as mães foram orientadas quanto ao procedimento necessário para a realização da filmagem da díade, e a importância da comunicação materna para o desenvolvimento da criança. As mães foram convidadas a falar/interagir com seu bebê como usualmente fazem em casa, de forma natural. Para realizar este procedimento, seria importante que o bebê estivesse acordado.

Para a realização da filmagem a mãe deveria segurar seu bebê no colo numa posição que pudesse ficar face-a-face com o mesmo, assim seria possível observar o processo comunicativo da díade. O principal objetivo da filmagem foi observar o quanto a mãe conseguiria atrair o bebê para o diálogo, e principalmente a reação do mesmo à linguagem materna. O processo interativo foi filmado durante cinco minutos por um colaborador da pesquisa, enquanto isso a pesquisadora observava a interação da díade mãe-bebê e realizava a avaliação dos IRDIs.

Em relação aos IRDIs, a partir da observação e análise da filmagem, a pesquisadora atribuiu à presença ou ausência de cada um dos 05 primeiros IRDIs, visto que os bebês se encontravam entre 0 e 4 meses de idade. A seguir a orientadora deste trabalho analisou a filmagem e conferiu tal atribuição. Em caso de discordância ou dúvida, a díade foi novamente testada em sua residência ou nas dependências do serviço de atendimento fonoaudiológico, após agendamento. Os retestes, quando necessários, não excederam o prazo de uma semana. Tal demanda surgiu, porque muitos bebês compareciam à triagem auditiva neonatal dormindo e como esta pesquisa era realizada logo após, em muitos casos, não havia a possibilidade de acordá-los para verificar os IRDIs. Em outros, em que o bebê estava em vigília, foi possível

testar os índices no mesmo momento da entrevista e da aplicação do BDI.

Retomando os 05 primeiros IRDIs, foram observados os seguintes aspectos:

1. Quando a criança grita ou chora a mãe sabe o que ela quer- neste item foram observados os momentos em que o bebê demandava alguma atenção da mãe e esta sabia o que ele desejava.

2. A mãe utiliza um estilo particular de linguagem (manhês) com o bebê. Neste item observou-se a sintonia da mãe com o bebê através da conversa especialmente dirigida ao bebê, podendo utilizar prosódia de manhês.

3. O bebê responde ao estilo particular de fala que a mãe dirige a ele.

4. A mãe propõe algo e aguarda a resposta do bebê. Neste item observaram-se situações em que a mãe dirige alguma demanda ao bebê como, por exemplo, oferecer um brinquedo ou falar com ele e aguarda ele responder a sua proposição.

5. A mãe e o bebê trocam olhares. Observou-se a comunicação visual entre o bebê e a mãe.

Todos esses itens foram observados em situação natural durante a chegada da mãe com o bebê para a entrevista, e depois foi filmada a interação de ambos. Notou-se que, em alguns casos, os bebês olhavam muito para a câmara, momento no qual se interrompia a filmagem e era retomada de longe, através do zoom, sem a percepção direta da mãe e do bebê.

Este estudo foi realizado em quatro meses e teve o objetivo de somente avaliar os primeiros 5 IRDIs com a intenção de detectar e intervir preventivamente nas primeiras relações da mãe com o bebê, pois este período inicial é importante e deve ser acompanhado precocemente, pois é propenso á incidência de depressão pós-parto e dificuldades de constituição da experiência materna, fatores que podem refletir negativamente no desenvolvimento da criança.

Esses bebês estudados seguem sendo avaliados pelos demais IRDIs até os 18 meses de idade.

### **3.3 Análise Estatística**

Na análise de dados, foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos: U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e Estatística Gama. Admitiu-se o nível de significância de 5%. A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA* 9.0.

No primeiro artigo da pesquisa, foi analisada a relação da depressão pós-parto e seus

fatores de risco associados. Os testes utilizados na análise estatística foram U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Na análise da relação entre a depressão pós-parto através dos resultados do BDI e os IRDIS, assunto abordado no segundo artigo da pesquisa, foram utilizados o teste U de Mann-Whitney e a Estatística Gama. Neste mesmo estudo, também se utilizou a estatística descritiva e paramétrica, a partir das quais foi calculado o intervalo de confiança para estimar a proporção da depressão pós-parto e os indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil na população estudada. Admitiu-se intervalo de confiança de 95%.

Para avaliar a relação entre a experiência da maternidade e os índices de risco ao desenvolvimento infantil no terceiro artigo da pesquisa, também foram utilizados os testes Qui-quadrado e Kruskal-Wallis.

As variáveis que apresentavam seus dados em duas categorias foram analisadas com o teste U de Mann-Whitney. Já para as variáveis que eram compostas de mais de duas categorias foram analisadas com o teste de Kruskal-Wallis, seguido de comparações múltiplas (*teste post-hoc*). Admitiu-se nível de significância estatística de 0,05. O coeficiente Gama foi utilizado para medir a correlação entre as variáveis de interesse.

### **3.4 Aspectos Éticos**

Os voluntários desta pesquisa receberam as explicações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para criação de banco de imagens (ANEXO B), para assinar em caso de aceitarem participar.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM e do Hospital Universitário de Santa Maria, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora-responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo aos mesmos a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

Este projeto se insere no projeto de pesquisa Funções Parentais e fatores de risco para a aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas, aprovado no CEP/UFSM sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

## 4 ARTIGO DE PESQUISA 1 - DEPRESSÃO MATERNA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

### *Maternal Depression and associated risk factors*

**Janaína Pereira Pretto Carlesso<sup>I</sup>; Ana Paula Ramos de Souza<sup>II</sup>; Anaelena Bragança de Moraes<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Psicóloga; Especialista em Educação Especial: Altas Habilidades Superdotação - Universidade Federal de Santa Maria, UFSM; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana UFSM – Santa Maria- RS, Brasil.

<sup>II</sup> Fonoaudióloga; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS; Doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>III</sup> Docente do Departamento de Estatística, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### **RESUMO:**

**Objetivo:** Este estudo objetiva analisar a frequência e identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS). A pesquisa foi realizada em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010, com as díades mães- bebê (n=183). **Método:** Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais e a aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Resultados:** A maioria da amostra estudada não apresentou indícios de depressão pós-parto (56,1%), sendo que os fatores de risco associados significativamente com a depressão foram a baixa renda familiar e o não-planejamento da gravidez. **Conclusões:** As precárias condições socioeconômicas da mulher e o não-planejamento da gestação foram os fatores que influenciaram significativamente no aparecimento da depressão no período pós-parto na amostra estudada.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; mães; fatores de risco.

(Revista Ciência e Saúde Coletiva)

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** This study aims to analyze the frequency and identify risk factors for postpartum

depression in a sample of mothers of babies born in medium-sized city and around the central region of Rio Grande do Sul (RS). The research was conducted at the University Hospital, where it is performed the neonatal hearing screening, in the period from March to May 2010, with mother-child dyades (n=183). **Method:** The data collection used a structured interview on socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial and application of the Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** The majority of the sample showed no signs of maternal depression (56.1%), and the risk factors that showed significant values in the statistical analysis with low family income and non-planned pregnancies. **Conclusions:** The poor socioeconomic conditions of women and not-planning of pregnancy were the factors that significantly influence the onset of depression in the postpartum period in the sample.

**Keywords:** postpartum depression; mothers; risk factors.

## INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP), definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, alcança sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Ela pode ser de intensidade leve e transitória ou agravar-se até uma neurose ou desordem psicótica<sup>1</sup>.

De acordo com as pesquisas, a prevalência da DPP em mulheres após o parto gira em torno de 18 a 39,4%, podendo haver variação a depender dos critérios diagnósticos<sup>2,3</sup>. Os sintomas mais comuns são: desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas.

Embora não se conheça claramente sua etiologia, sabe-se que alguns fatores podem contribuir para a precipitação da depressão pós-parto, como: baixa condição socioeconômica; não aceitação da gravidez; maior número de gestações, de partos e de filhos vivos; menor tempo de relacionamento com o companheiro; história de problemas obstétricos; maior tempo para tocar no bebê após o nascimento; violência doméstica; pouco suporte por parte do companheiro; sobrecarga de tarefas; e experiência conflituosa da maternidade<sup>4,3</sup>. Há uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que são apontados na determinação da depressão pós-parto.

É possível ainda que exista uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento; o não-planejamento da gestação; o nascimento prematuro e a morte do neonato; a dificuldade

em amamentar e as dificuldades no parto<sup>5</sup>.

Atualmente é possível detectar precocemente o surgimento da depressão pós-parto através da aplicação de escalas sintomáticas de auto-relato, que identificam em diferentes níveis a gravidade da depressão. Neste estudo foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que teve o objetivo de avaliar as manifestações comportamentais das mães estudadas no período pós-parto.

A partir de tais considerações, este estudo objetiva analisar a frequência e identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio (Santa Maria) e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS).

## **MÉTODO**

### *Tamanho Amostral*

Para a realização do cálculo amostral foi utilizada a prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de 5 pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra mínima em 163 mães-bebês.

Nesse trabalho foram estudadas 183 mães-bebê, aproveitando a grande demanda de mães que buscam o serviço e já prevenindo as possíveis perdas.

### *Procedimentos e instrumentos de coleta*

Tal dimensão amostral se deu pela projeção da prevalência da depressão pós-parto na realidade de mães de bebês sem alterações biológicas no desenvolvimento, que buscam o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário.

A pesquisa foi realizada em Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi feita no período de março a maio de 2010 no ambulatório de Audiologia, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal dos recém-nascidos da cidade e região. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: todos os bebês pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esses critérios foram estabelecidos porque, além da depressão pós-parto,

estudaram-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) nas díades (mães- bebês). Para este artigo, no entanto, serão abordados apenas os resultados relativos à depressão pós-parto.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro consistiu da entrevista com as mães e aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI). No segundo foi feita uma filmagem da interação mãe-bebê para a análise dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). No primeiro momento as mães foram convidadas a participar do estudo pela psicóloga responsável da pesquisa, que explicou detalhadamente os propósitos do estudo. A seguir, as mães voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo para a criação de banco de imagens em duas vias. Esses documentos visavam informar as participantes, de forma sucinta, sobre os objetivos da pesquisa, sobre os dados dos pesquisadores responsáveis, além de assegurar o sigilo de suas identidades e de seus filhos. A pesquisadora-responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, e o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 30 minutos. Para realização da entrevista, foi utilizado um roteiro com o objetivo de investigar as informações socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação), demográficas (idade, estado civil, número de filhos), obstétricas (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do recém-nascido, intercorrências com o recém-nascido, idade gestacional, tipo de aleitamento) e psicossociais (suporte social, histórico de depressão materna e experiência da maternidade). No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade <sup>6</sup>, instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Na entrevista foi solicitado que a mãe falasse sobre diversos aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e à experiência da maternidade. O objetivo da entrevista foi investigar a evolução dos afetos e vivências emocionais com relação à maternidade, habilidades e características emocionais do bebê, os sentimentos e atitudes no desempenho do papel materno, a forma como esses padrões afetam a relação mãe-filho e o desenvolvimento da criança. Examinou-se também a ocorrência de eventos estressantes.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder o BDI com a finalidade de investigar o risco de depressão materna no período pós-parto. Por se tratar de participantes que conduziam seus bebês no colo, a pesquisadora anotou as respostas da entrevista e também da escala de avaliação da depressão. As respostas do BDI foram corrigidas pela psicóloga responsável pelo estudo.

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 recentemente, 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: em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). 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 <sup>7</sup>.

As mães que apresentaram depressão, pela avaliação do BDI, foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e pelo departamento de ensino e pesquisa do Hospital (HU), em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

#### *Análise Estatística*

Para avaliar a relação entre a depressão pós-parto e seus fatores de risco associados, foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, seguido de comparações múltiplas (teste *post-hoc*). Admitiu-se nível de significância estatística de 0,05.

As respostas obtidas no roteiro de entrevista foram categorizadas em variáveis que foram agrupadas em sub-variáveis qualitativas: socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, ocupação), demográficas (idade, estado civil, número de filhos), obstétricas (número de gestações, número de partos, história de aborto, partos prematuros, tipo de parto, número de consultas pré-natais, planejamento da gestação, peso do recém-nascido, intercorrências com o recém-nascido, tipo de aleitamento) e psicossociais (suporte social, histórico de depressão materna e experiência da maternidade). Todas as variáveis foram



codificadas sendo construído o banco de dados em uma planilha do Excel. Os valores do BDI foram analisados em função das categorias das variáveis. A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA* 9.0.

## RESULTADOS

A maioria (56,1%) das mães avaliadas pelo BDI não apresentou indícios de depressão pós-parto. Na tabela 1 pode-se observar as frequências e seus percentuais para cada faixa de valor das variáveis (sub-variáveis socioeconômicas e demográficas), bem como suas frequências por faixa de valores do BDI. Também são apresentados os resultados dos testes estatísticos.

O nível de escolaridade mais freqüente na amostra estudada foi o ensino médio, tendo predomínio em 91 mulheres (49,7%). Cem mulheres (54,6%) eram donas de casa, sendo que as outras oitenta e três (45,4%) exerciam ocupações fora do lar. A maioria (63,4%) das mães tinha idade entre 20 e 34 anos. Cento e cinquenta e seis (85,2%), era casada ou vivia em união consensual, na qual o pai e a mãe habitavam o mesmo lar desde o momento do parto, independentemente do estado civil ou religioso.

**Tabela 1-** Frequência das variáveis socioeconômicas e demográficas e da depressão pós-parto (BDI), em uma amostra (n=183) de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Variáveis	BDI (%)					Valor de p <sup>*</sup>
	Total (%)	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
<b>Socioeconômicas</b>						
<b>Renda familiar (s.m.)</b>						
menos de 1	53 (29,9)	27 (50,9)	10 (18,9)	13 (24,5)	3 (5,7)	0,021
1 a 2,9	<b>103 (58,2)</b>	75 (72,8)	18 (17,5)	7 (6,8)	3 (2,9)	
3 ou mais	21 (11,9)	15 (71,4)	5 (23,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	
<b>Escolaridade</b>						
Fundamental ou analfabeto	78 (42,9)	47 (60,2)	17 (21,9)	8 (10,6)	6 (7,6)	0,214
Médio	<b>91 (50,0)</b>	60 (66,7)	18 (20,0)	11 (12,2)	1 (1,1)	
Superior	13 (7,1)	11 (84,2)	0 (0,0)	2 (15,3)	0 (0,0)	
<b>Profissão</b>						
Dona de casa	<b>100 (54,6)</b>	54 (54,0)	24 (24,0)	16 (16,0)	6 (6,0)	< 0,01
Outra	83 (45,4)	65 (79,2)	11 (13,4)	5 (6,10)	1 (1,2)	
<b>Demográficas</b>						
<b>Idade</b>						
Menor que 20 anos	<b>34 (18,6)</b>	20 (58,8)	8 (23,5)	5 (14,7)	1 (2,9)	0,672
20 a 34 anos	<b>116 (63,4)</b>	77 (67,0)	19 (16,5)	14 (12,1)	5 (4,3)	
35 em diante	<b>33 (18,0)</b>	22 (66,6)	8 (24,2)	2 (6,0)	1 (3,0)	
<b>Estado civil</b>						
Casada ou união consensual	<b>156 (85,2)</b>	106(68,3)	31 (20,0)	11 (7,1)	7 (4,5)	0,933
Solteira	<b>27 (14,8)</b>	13 (48,1)	4 (14,8)	10 (37,0)	0 (0,0)	
<b>Nº de filhos</b>						
1	<b>87 (47,5)</b>	58 (66,6)	17 (19,5)	10 (11,4)	2 (2,3)	0,160
2	<b>54 (29,5)</b>	39 (72,2)	9 (16,6)	5 (9,2)	1 (1,8)	
3 ou mais	<b>42 (23,0)</b>	22 (53,6)	9 (21,9)	6 (14,6)	4 (9,7)	
<b>Total</b>	<b>183 (100,0)</b>	<b>119(65,0)</b>	<b>35 (19,1)</b>	<b>21(10,5)</b>	<b>7(3,8)</b>	

\*Testes: U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; BDI=Inventário de Depressão de Beck; s.m. = salário mínimo; Excluídos os casos sem informação: renda familiar (6); escolaridade (1).

Quanto à avaliação da depressão pelo BDI, pode-se observar na tabela 1, a frequência dos níveis de indícios de depressão pós-parto na amostra estudada.

Quando se avaliou os níveis do BDI em função da sub-variável socioeconômica (renda familiar, escolaridade e profissão), foi encontrada diferença significativa nos níveis do BDI entre as faixas de 1 a 2,9 salários mínimos e 3 ou mais salários mínimos. Sendo que, quanto menor a renda familiar, maior a frequência de depressão pós-parto.

Quanto aos níveis de depressão do BDI e a sub-variável demográfica (idade materna, estado civil e número de filhos), não foram aferidos valores estatisticamente significativos. Na tabela 1 pode-se observar também que o nível de depressão é significativamente maior entre as donas de casa do que em relação às mulheres que trabalham fora.

Na tabela 2 pode-se observar as frequências e seus percentuais para cada faixa de valor das variáveis (sub-variáveis obstétricas e psicossociais), bem como suas frequências por faixa de valores do BDI. Também são apresentados os resultados dos testes estatísticos.

Noventa e cinco mulheres (44,8%) não planejaram a gestação. A maioria das mães estudadas (72,1%) não apresentou histórico de depressão. Cento e dezoito mulheres (55,6%), não estavam acometidas de alterações emocionais maternas.

Ainda na tabela 2, pode-se observar que, quando se avaliaram os níveis do BDI em função da sub-variável obstétrica, encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos níveis do BDI quanto ao planejamento da gestação ( $p=0,015$ ), sendo que nas comparações múltiplas entre gestação planejada e não-planejada foi obtido o p-valor de 0,065, entretanto, não significativo ao nível de significância de 5%.

Ao se avaliar a sub-variável psicossocial, encontrou-se diferença significativa nos níveis do BDI entre os graus de alteração emocional materna. Os níveis do BDI diferem entre as mães sem alteração emocional e mães com alteração emocional moderada ou grave e entre mães com alteração emocional leve e grave.

**Tabela 2** - Frequência das variáveis obstétricas e psicossociais e da depressão pós-parto (BDI), em uma amostra (n=183) de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Variáveis	BDI (%)					Valor de p
	Total (%)	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
<b>Obstétricas</b>						
<b>Nº de gestações</b>						
1	<b>76 (41,5)</b>	51 (67,1)	14 (18,4)	10 (13,1)	1 (1,3)	0,523
2 à 4	<b>90 (49,2)</b>	59 (66,2)	17 (19,1)	8 (8,9)	5 (5,6)	
5 ou mais	<b>17 (9,3)</b>	9 (52,4)	4 (23,5)	3 (17,6)	1 (5,8)	
<b>Nº de partos</b>						
1	<b>85 (46,4)</b>	57 (67,0)	17 (20,0)	10 (11,7)	10 (11,7)	0,906
2 à 4	<b>84 (45,9)</b>	53 (63,8)	16 (19,2)	9 (10,8)	9 (10,8)	
5 ou mais	<b>14 (7,7)</b>	9 (64,2)	2 (14,2)	2 (14,2)	2 (14,2)	
<b>História de aborto</b>						
Sim	<b>33 (18,0)</b>	19 (57,5)	19 (57,5)	4 (12,1)	3 (9,0)	0,313
Não	<b>150 (82,0)</b>	100 (67,1)	100(67,1)	17 (11,4)	4 (2,6)	
<b>Partos prematuros</b>						
Sim	<b>51 (27,9)</b>	29 (58,0)	7 (14,0)	10 (20,0)	4 (8,0)	0,122
Não	<b>132 (72,1)</b>	90 (68,1)	28 (21,2)	11 (8,3)	3 (2,27)	
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	<b>68 (37,2)</b>	44 (64,7)	14 (20,5)	10 (14,7)	0 (0,0)	0,968
Cesárea	<b>115 (62,8)</b>	75 (65,7)	21 (18,4)	11 (9,6)	7 (6,1)	
<b>Nº consultas pré-natais</b>						
Nenhum	<b>0 (0,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,793
Até 5	<b>21 (11,5)</b>	15 (71,4)	2 (9,5)	2 (9,5)	2 (9,5)	
6 ou mais	<b>162 (88,5)</b>	104(54,6)	33(20,5)	19 (11,8)	5 (3,1)	
<b>Gestação</b>						
Planejada	<b>81 (44,3)</b>	62 (76,5)	12 (14,8)	4 (4,9)	3 (3,7)	0,015
Não planejada	<b>95 (51,9)</b>	54 (57,4)	20 (21,2)	16 (17,0)	4 (4,2)	
Indesejada	<b>7 (3,8)</b>	3 (42,8)	3 (42,8)	1 (14,2)	0 (0,0)	
<b>Baixo peso</b>						
Sim	<b>15 (8,2)</b>	12 (8,0)	1 (6,6)	1 (6,6)	1 (6,6)	0,380
Não	<b>168 (91,8)</b>	107 64,0)	34 (20,3)	20 (11,9)	6 (3,5)	
<b>Intercorrências com RN</b>						
Sim	<b>60 (33,3)</b>	38 (63,3)	13 (21,6)	7 (11,6)	2 (3,3)	0,709
Não	<b>120 (66,7)</b>	81 (67,5)	21 (17,5)	13 (10,8)	5 (4,1)	
<b>Tipo de aleitamento</b>						
Materno Exclusivo	<b>127 (69,8)</b>	86 (67,7)	24 (18,9)	12 (9,4)	5 (3,9)	0,250
Predominante/Compl.	<b>0 (0,0)</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Artificial	<b>18 (9,9)</b>	13 (72,2)	4 (22,2)	1 (5,5)	0 (0,0)	
+ de 1 tipo de aleitamento	<b>37 (20,3)</b>	20 (54,0)	7 (18,9)	8 (21,6)	2 (5,4)	
<b>Psicossociais</b>						
<b>Suporte social</b>						
Nenhum	<b>34 (18,7)</b>	17 (50,0)	13 (38,2)	4 (11,7)	0 (0,0)	0,121
Marido	<b>44 (24,2)</b>	29 (65,9)	6 (13,6)	6 (13,6)	3 (6,8)	
Mãe	<b>42 (23,1)</b>	31 (73,8)	6 (14,2)	5 (11,9)	0 (0,0)	
Outros	<b>17 (9,3)</b>	9 (52,9)	4 (23,5)	2 (11,7)	2 (11,7)	
+ de 1 cuidador	<b>45 (24,7)</b>	33 (73,3)	6 (13,3)	4 (8,8)	2 (4,4)	
<b>Depressão materna</b>						
Sim	<b>30 (16,4)</b>	16 (53,3)	7 (23,3)	4 (13,3)	3 (10,0)	0,159
Não	<b>153 (83,6)</b>	103(67,7)	28 (18,4)	17 (11,1)	4 (2,6)	
<b>Experiência materna</b>						
Nenh. alt.emoc.	<b>118 (64,4)</b>	93 (79,4)	21 (17,9)	3 (2,5)	0 (0,0)	< 0,01
Alt.emoc. leve	<b>34 (18,6)</b>	18 (52,9)	11 (32,3)	5 (14,7)	0 (0,0)	
Alt.emoc. moderada	<b>21 (11,5)</b>	8 (38,1)	2 (9,5)	11(52,3)	0 (0,0)	
Alt.emoc. grave	<b>10 (5,5)</b>	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	7 (70,0)	
<b>Total</b>	<b>183 (100,0)</b>	<b>119(65,0)</b>	<b>35 (19,1)</b>	<b>21(10,5)</b>	<b>7 (3,8)</b>	

\*Testes: U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis; BDI- Inventário de Depressão de Beck; RN = recém-nascido; Alt.emoc. = alteração emocional. Excluídos os casos sem informação: intercorrências com RN (3); tipo de aleitamento (1); suporte social (1)

## DISCUSSÃO

A depressão pós-parto avaliada pelo BDI não esteve presente na maioria das mulheres desta pesquisa, resultado semelhante ao estudo realizado por Frizzo e Piccinini <sup>8</sup>.

Neste estudo pode-se observar que a variável socioeconômica que apresentou associação com a depressão pós-parto foi a renda familiar, resultado semelhante encontrado em outros estudos realizados <sup>9, 10, 11,12</sup>. Há pesquisas brasileiras <sup>13,14,15</sup> que relatam um predomínio entre 32 e 38% de depressão puerperal em mulheres de baixa renda, o mesmo é verificado em um estudo internacional <sup>16</sup>. Este aspecto é também ressaltado em outro estudo <sup>17</sup> que afirma que a baixa educação, a pobreza e uma relação familiar conflituosa concorrem fortemente para o aparecimento da depressão pós-parto e muitos casos estão associados ao fato de a gravidez não ter sido planejada ou desejada <sup>18;19</sup>. Neste estudo a gravidez não planejada também surge como fator obstétrico estatisticamente significativa para o surgimento da depressão pós-parto, o que confirma vários dos estudos revisados.

As demais variáveis demográficas e obstétricas não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a presença de depressão pós-parto nesta pesquisa, resultado semelhante ao estudo realizado por <sup>20;21</sup>. Há estudos que encontraram a correlação entre algumas variáveis investigadas neste estudo, como idade <sup>5</sup>, estado civil <sup>8</sup>, com a depressão pós-parto o que difere dos resultados desta pesquisa.

Como neste estudo a maior parte das mães apresentou depressão mínima, não houve alteração na experiência da maternidade, o que se apresentou como estatisticamente significativa, ou seja, a ausência de dificuldades para exercer a função materna foi relevante na amostra porque havia poucos casos de depressão pós-parto e, possivelmente, porque havia suporte social e desejo de ocupar tal posição. Este estudo não pode confirmar em larga escala, portanto, o resultado de vários estudos que demonstram que mães deprimidas podem sentir-se incapazes de cuidar do bebê e exercer seu papel <sup>14; 5</sup>. É freqüente que se sintam menos ligadas emocionalmente a seus bebês, mais dependentes e isoladas socialmente, e possuem menor confiança e satisfação com o desempenho da função materna <sup>5</sup>.

Talvez um dos fatores psicossociais que conspiraram para a ausência de alterações emocionais e de estado depressivo na amostra estudada é o fato de a maior parte das mães possuírem uma rede de apoio social significativa. Possivelmente, houve tanto uma minimização do processo depressivo nas mães, quanto a presença de proteção a elas e aos bebês quando este apresentou-se como moderado ou grave. É possível propor tal hipótese em função de vários estudos que afirmam que a rede de apoio pode impedir ou minimizar os efeitos da depressão pós-parto no exercício da função materna <sup>21; 22; 23</sup>.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, poucas mães apresentavam depressão pós-parto. No entanto, foi possível

constatar que o baixo nível socioeconômico e o não-planejamento da gestação foram os fatores de risco associados estatisticamente para o aparecimento da depressão no período puerperal.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Rodrigues SP. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. *Texto Contexto Enferm.* 15(2):277-86, 2006.
2. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen S.O, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*,106(6):426-33, 2002.
3. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev Psiquiatra Clín*, 34(4): 157-65, 2007.
4. Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol Reflex Crít*, 19(2):269-76, 2006.
5. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud psicol (Natal)*, 8(3): 403-411, 2003.
6. Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família. Entrevista sobre experiência da maternidade. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS. (2003g).
7. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50(5): 275-85, 2001.
8. Frizzo, GB, Piccinini, CA. Depressão maternal e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3): 351-360, 2007.
9. Ruschi, GEC. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev psiquiatra*, 29 (3): 274-280, 2007.
10. Tannous L; Gigante LP; Fuchs SC; Busnello ED. [Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants.](#) *BMC Psychiatry*, 8: 1, 2008.
11. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol*, 31(6):1201-7, 2002.
12. Rich-Edwards JW; Kleinman K; Abrams A; Harlow BL; McLaughlin TJ; Joffe H; Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, 60(3): 221–227, 2006.
13. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletr. Enf*, 7(2): 231–8, 2005.
14. Zagonel IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev. Eletr. Enf.* 5(2): 24–32, 2003.
15. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Public*,40:65-70, 2006.
16. Lau Y, Wong DF, Chan KS. [The utility of screening for perinatal depression in the second trimester among Chinese: a three-wave prospective longitudinal study.](#) *Arch Womens Ment Health*, 13(2): 153-64, 2010.
17. Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Rev Nursing*, 61(6): 36-42, 2003.
18. Beck CT. A depressão pós-parto: a meta-síntese. *Qual Health Res*, 12:453–472 [ [PubMed](#) ] *Qual Health Res* 12:453-47, 2002.

19. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*, 12 (2): 319-326, 2007.
20. Mosso, FT. et al. Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de Maringá. *Revista Saúde e Pesquisa*, 1( 3): 251-257, 2008.
21. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstetr*, 27(4):181-8, 2005.
22. Mattar R et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstetr*, 29(9):470-7, 2007.
23. Elgar, FJ et al. Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35:943-955, 2007.

## 5 ARTIGO DE PESQUISA 2 - DEPRESSÃO MATERNA E INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIs)

*Maternal Depression and clinical indicators of risk for child development (IRDIs)*

Janaína Pereira Pretto Carlesso <sup>I</sup>; Ana Paula Ramos de Souza <sup>II</sup>; Anaelena Bragança de Moraes <sup>III</sup>

<sup>I</sup> Psicóloga; Especialista em Educação Especial: Altas Habilidades Superdotação - Universidade Federal de Santa Maria, UFSM; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana UFSM – Santa Maria- RS, Brasil.

<sup>II</sup> Fonoaudióloga; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS; Doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>III</sup> Docente do Departamento de Estatística, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### RESUMO:

**Objetivo:** Analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença de depressão materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS). A pesquisa foi realizada com as díades mães- bebê (n=165) em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010. **Método:** Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais, a aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). **Resultados:** Quando se avaliou os valores do BDI entre as faixas de IRDIs (nenhum IRDI ausente; IRDI ausente 1 a 5), foi encontrada diferença significativa. **Conclusões:** A análise realizada apontou que há maior proporção de bebês com IRDIs alterados, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto, podendo ter implicações negativas no desenvolvimento infantil.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; desenvolvimento infantil; índices de risco.

(Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia)

## **ABSTRACT:**

**Objective:** To analyze the possible correlation between changes in levels of risk to infant development and maternal depression in a sample of mothers of babies born in medium-sized city and around the central region of Rio Grande do Sul (RS). The survey was conducted with the mother-infant dyads (n=165) in University Hospital in which the children were newborn hearing screening in the period from March to May 2010. **Method:** The data collection used a structured interview on socioeconomic, demographic, obstetric and psychosocial factors, application of the Beck Depression Inventory (BDI) and Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDIs). **Results:** When assessed values of the BDI ranges between IRDIs (no IRDI absent; IRDI absent 1 to 5), significant differences were found. **Conclusions:** The analysis showed that a higher proportion of babies with IRDIs altered when levels of maternal depression are elevated in the postpartum period and may have negative implications for child development.

**Keywords:** postpartum depression, child development, risk indices.

## **INTRODUÇÃO**

A depressão materna no pós-parto tem conseqüências importantes para a criança e em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na díade mãe-bebê <sup>1</sup>, o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância <sup>2</sup> e o desenvolvimento sócio-emocional na adolescência <sup>3</sup>.

Estudos sobre os transtornos emocionais no pós-parto identificam diversas características do comportamento e do estado emocional da mãe na fase puerperal, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e psicoses puerperais <sup>4</sup>. A presença de conflitos emocionais está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como dificuldades do casal, pouco suporte familiar ou gravidez indesejada <sup>5</sup>.

Em termos de entendimento psicodinâmico, o nascimento da criança representa o rompimento da relação simbiótica entre o bebê e a mãe. Este processo de separação pode desencadear na mãe vivências depressivas e psicóticas, reativadas por conflitos e lutos mal-elaborados da infância. Nesse momento a mãe precisa desenvolver um vínculo afetivo, que lhe permitirá identificar-se com a criança, colocando-se no lugar dela e imaginando o que ela está necessitando <sup>6</sup>. Para Alt e Silvia <sup>7</sup>, o parto envolve a separação de dois organismos que estavam vivendo juntos em uma relação de total dependência e permanente contato íntimo. Ao nascer, a criança encarrega-se de uma variedade de funções fisiológicas que até então



eram cumpridas pela mãe, como a respiração, a alimentação e outras. A mãe, que se adaptara ao estado de gravidez e incorporara o feto no seu esquema corporal, deverá passar por um novo processo de ajustamento, retornando a situação de não-gravidez. A angústia no momento do parto é de natureza catastrófica, pois há, na mulher, um sentimento de perda e de esvaziamento de partes importantes de si mesma e medo de ser atacada por algo desconhecido (bebê). Já a etapa do puerpério é caracterizada pela dualidade entre a situação do perdido, gravidez, e do adquirido, o bebê.

Os efeitos da depressão materna não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros tempos de vida, mas pode ocasionar alterações na interação mãe-filho na primeira infância e causar prejuízos no desenvolvimento cognitivo e comportamental, a longo prazo <sup>8</sup>.

Atualmente é possível intervir clinicamente nas repercussões negativas da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança e detectar riscos precocemente através dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) <sup>9</sup>, instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento na primeira infância, permitindo a localização a tempo de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais saudável.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil foram escolhidos e organizados de acordo as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere à atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras. Quatro operações formadoras foram escolhidas, em função de elas terem demonstrado ser fundamentais, na história dos cem anos de experiência clínica psicanalítica, e por constituírem uma síntese de diversas propostas teóricas nesse campo.

Os conceitos operatórios cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). Todos esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por J. Lacan, F. Dolto e por D. Winnicott, predominantemente. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança e verificar precocemente o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância.

A partir de tais considerações, este estudo objetiva analisar as possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença de depressão

materna, em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS).

## **MÉTODO**

### **Tamanho da Amostra**

Para a realização do cálculo amostral foi utilizado a prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>10</sup>, que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de 5 pontos percentuais. Também foram considerados o número de bebês que realizam triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário ao ano, para se estimar o tamanho da amostra em 163 mães-bebês.

### **Procedimentos e instrumentos de coleta**

A pesquisa foi realizada em Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi feita no período de março a maio de 2010 no ambulatório de Audiologia, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal dos recém-nascidos da cidade e região. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: todos os bebês pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esses critérios foram estabelecidos porque, além da depressão pós-parto, estudaram-se os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) nas mães-bebê. Para este artigo, no entanto, serão abordados os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck<sup>11</sup> (BDI) e os resultados relativos aos IRDIs.

O BDI foi utilizado por ser um instrumento de rastreamento de depressão, e, portanto, não possuir pretensão diagnóstica, é um instrumento de fácil aplicação, que tem o objetivo de avaliar manifestações comportamentais de depressão na semana anterior à aplicação. 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 recentemente, 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: em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). 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 <sup>12</sup>.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram utilizados por se constituírem um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento da criança.

Os IRDIs foram validados na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil<sup>13</sup>, em um estudo de abrangência nacional realizado no período 2000-2009, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e pelo Ministério da Saúde, com coordenação centralizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), a cargo da psicanalista Maria Cristina Machado Kupfer. Um grupo de pesquisadores universitários brasileiros colocou em prática esses princípios teóricos e desenvolveram um protocolo com 31 Indicadores Clínicos de Risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observável e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança que poderiam ser úteis para indicar a possibilidade de surgimento de distúrbios psíquicos ulteriores. Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

A pesquisa se desenrolou em duas etapas: 1) aplicação do IRDI em 680 crianças e respectivos responsáveis, de 10 cidades brasileiras (englobando todas as regiões do país) até a idade de 18 meses; 2) composição de uma sub-amostra de 300 crianças avaliadas na idade de três anos através de uma avaliação psiquiátrica e psicanalítica, por meio de dois protocolos criados para esse fim: o roteiro para a Avaliação Psicanalítica (AP3), e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica. A partir dos resultados da avaliação psicanalítica foi montada uma tabela de sintomas clínicos. Definiu-se em seguida o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança.

No quadro 1 podemos observar os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), em sua versão validada ou final, a qual foi utilizada na

amostra deste estudo.

**Quadro 1: Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs)**

<b>Idade em meses:</b>	<b>Indicadores:</b>
<b>0 a 4 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</li><li>2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</li><li>3. A criança reage ao manhês.</li><li>4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</li><li>5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</li></ol>
<b>4 a 8 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</li><li>7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</li><li>8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</li></ol>
<b>8 a 12 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</li><li>10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</li><li>11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</li><li>12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</li><li>13. A criança faz gracinhas.</li><li>14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</li></ol>
<b>12 a 18 meses:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</li><li>16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</li><li>17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</li><li>18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</li></ol>

Considerando que todos os bebês deste estudo foram avaliados na primeira faixa etária (de 0 a 4 meses), estes foram os IRDIs considerados nas análises aqui apresentadas.

Este estudo teve o objetivo de avaliar somente os primeiros 5 IRDIs com a intenção de detectar e intervir preventivamente nas primeiras relações da mãe com o bebê, pois este período inicial é importante e deve ser acompanhado, pois é mais propenso à incidência de depressão pós-parto, fator que pode refletir negativamente no desenvolvimento da criança.

Os bebês estudados seguem sendo avaliados pelos demais IRDIs até os 18 meses de idade.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro consistiu da entrevista

com as mães e aplicação do BDI. No segundo foi feita uma filmagem da interação mãe-bebê para a análise dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil.

No primeiro momento as mães foram convidadas a participar do estudo pela responsável da pesquisa, que explicou detalhadamente os propósitos do estudo. A seguir, as mães voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a criação de banco de imagens em duas vias. Estes documentos visavam informar as participantes, de forma sucinta, sobre os objetivos da pesquisa, sobre os dados dos pesquisadores responsáveis, além de assegurar o sigilo de suas identidades e de seus filhos. A pesquisadora-responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 20 minutos. Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro com o objetivo de investigar as informações sócio-econômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais das díades mãe-bebê. No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade <sup>14</sup>, instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Realizada a entrevista, as mães foram convidadas a responder ao BDI, com a finalidade de investigar o risco de depressão materna no período pós-parto. Por se tratar de participantes que conduziam seus bebês no colo, a pesquisadora anotou as respostas da entrevista e também da escala de avaliação da depressão. As respostas do BDI foram corrigidas pela psicóloga responsável pelo estudo.

As mães que apresentaram depressão pela avaliação do BDI foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

No segundo momento desse estudo, as mães foram orientadas quanto à realização da filmagem da díade, e a importância da comunicação materna para o desenvolvimento da criança. As mães foram convidadas a falar/interagir com seu bebê como usualmente fazem em casa, em uma posição face-a-face, assim seria possível observar o processo comunicativo da díade. A pesquisadora observou não só esse momento, mas toda a interação demonstrada entre bebê e mãe desde o início da entrevista. Após a observação da pesquisadora, o processo interativo foi filmado durante cinco minutos por um colaborador da pesquisa, enquanto isso a

pesquisadora mantinha a observação da interação da díade mãe-bebê e realizava a avaliação dos IRDIs. O principal objetivo da filmagem foi ter a possibilidade de conferir os IRDIs em um segundo momento após a coleta. Essa conferência foi realizada pela orientadora deste trabalho. Em caso de dúvida em relação à atribuição de valores aos IRDIs a díade foi retestada em até uma semana.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e do Hospital, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob número do CAEE n. 0284.0.243.000-09.

### **Análise Estatística**

As respostas obtidas na aplicação do BDI foram classificadas conforme os níveis de gravidade da depressão: mínimo, leve, moderado e grave. Já os IRDIs, foram classificados em faixas: nenhum IRDI ausente e risco ao desenvolvimento de 1 a 5 IRDIs alterados.

Para avaliar a relação entre a depressão pós-parto e os resultados do BDI e dos IRDIs, foram utilizados os testes não-paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Também foi utilizada a Estatística Gama, que mede a correlação entre duas variáveis ordinais. Admitiu-se nível de significância de 0,05. Os níveis do BDI foram avaliados em função das faixas dos IRDIs.

As proporções populacionais de ocorrência nos níveis do BDI e IRDIs foram estimados, considerando um intervalo de confiança de 95%. A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA* 9.0.

## **RESULTADOS**

A amostra deste estudo foi composta por 165 mães e bebês nascidos no período de março a maio de 2010, que buscaram o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário. Na tabela 1 estão os resultados das estimativas das proporções BDI e IRDIs.

**Tabela 1.** Estimativa pontual e Intervalo de confiança para as proporções populacionais dos BDI e IRDIs.

<b>BDI</b>	<b>p (%)</b>	<b>IC 95%</b>
Mínimo	66,7	59,5% a 73,9 %
Leve	18,2	12,3% a 24,1 %
Moderado	12,1	7,1% a 17,1 %
Grave	3,0	0,4% a 5,7 %
<b>IRDIs</b>	<b>p (%)</b>	<b>IC 95%</b>
Nenhum IRDI ausente	88,5	83,6 % a 93,4%
IRDI ausente 1 a 5	11,5	4,6% a 18,5%

\*p = proporção na amostra; IC= intervalo de confiança; BDI= Inventário de Depressão de Beck; IRDIs= Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil.

Conforme a tabela 1 estima-se que a proporção de mães com depressão mínima está entre 59,5 a 73,9 %. **A maioria das mães avaliadas neste estudo não apresenta indícios de depressão materna (66,7%).**

Nos indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs), estima-se que a proporção de crianças com nenhum IRDI ausente, está entre 83,6 a 93,4%. **A maioria das díades (mães e bebês) avaliadas neste estudo não apresenta indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (88,5%).**

Na tabela 2, observa-se, no entanto, que quanto maior o nível de depressão da mãe, maiores são as possibilidades de a díade apresentar indicadores clínicos de risco que podem afetar o desenvolvimento infantil, pois quando a figura materna encontra-se acometida de alterações emocionais, há possibilidades de falhas no exercício da maternagem e indicadores de riscos para o desenvolvimento da criança.

**Tabela 2.** Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães de bebês nascidos sem risco (IRDIs) em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

<b>Depressão (BDI)</b>	<b>Total de mães (n)</b>	<b>IRDIs - Bebês s/ risco (%)</b>
Mínimo	110	103 (93,6)
Leve	30	25(83,3)
Moderado	20	14 (70,0)
Grave	5	4 (80,0)
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>146</b>

\*BDI = Inventário de Depressão de Beck; IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil; Bebê sem risco = nenhum IRDI ausente.

Quando se comparou os valores do BDI entre as faixas de IRDIs (nenhum IRDI ausente; IRDI ausente 1 a 5), foi encontrada diferença significativa ( $p=0,002$ ), ou seja os níveis do BDI da mãe são significativamente maiores na presença de IRDIs alterados.

O coeficiente Gama foi  $G = 0,54$ ;  $p < 0,05$ , ou seja, houve correlação significativa entre os níveis do BDI e das faixas dos IRDIs. Portanto, quanto maior o nível de depressão materna maior o número de IRDIs alterados.

**Tabela 3.** Indicadores de depressão pós-parto (BDI) em uma amostra de mães ( $n= 165$ ) de bebês nascidos com risco (IRDIS) em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Depressão (BDI)	Total de Mães (n)	IRDIS Bebês c/ risco (%)	IRDIS Ausentes				
			1	2	3	4	5
Mínimo	110	7 (6,4)	4	2	1	1	3
Leve	30	5 (16,7)	2	2	1	4	3
Moderada	20	6 (30,0)	4	2	1	1	1
Grave	5	1 (20,0)	1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>19</b>					

\*BDI = Inventário de Depressão de Beck; IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil

Na tabela 3 pode-se observar que as mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela *manhês*), e o IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe) na análise da interação mãe-bebê. Este resultado demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês (IRDI 1), de supor um sujeito (IRDI 2, 5) e de alternar presença/ausência (IRDI 5).

Ainda, na tabela 3, observa-se que há mães não-deprimidas, cuja avaliação dos IRDIS demonstra também alterações, semelhantes às encontradas nos casos de depressão leve a grave. É importante ressaltar, no entanto, que os IRDIs avaliam também as condições dos bebês e não apenas das mães, e que a depressão não é o único fator de risco para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê.

Avaliou-se a relação do BDI com as categorias da variável suporte social, conforme mostra a tabela 4.



**Tabela 4.** Indicadores de depressão pós-parto (BDI) e frequência de Suporte Social em uma amostra de mães (n= 165) de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010

Suporte Social	BDI (%)			
	Mínimo	Leve	Moderado	Grave
Nenhum	16	10	4	0
Marido	30	6	5	1
Mãe	17	6	4	0
Outro	12	3	2	2
+ de um cuidador	35	5	5	2
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>5</b>

\*BDI =Inventário de Depressão de Beck. Teste de Kruskal-Wallis.

Avaliando os níveis do BDI entre as categorias da variável suporte social, não foi encontrado resultado significativo ( $p=0,570$ ), ou seja, não há diferença significativa nos níveis de depressão materna entre os tipos de suporte social. Apesar de não haver associação significativa na análise estatística, a maioria das mães não apresentou indícios depressivos, isto se justifica porque a amostra estudada (110 mães) teve uma rede de apoio social importante, que influenciou de forma positiva no estado emocional das mães.

## DISCUSSÃO

A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter conseqüências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação mãe-filho<sup>15</sup>. Por isso, a importância de se acompanhar os estados emocionais maternos no período pré e pós-parto. Esse fato foi comprovado em neste artigo pela associação positiva entre a presença de riscos ao desenvolvimento infantil em presença de depressão materna.

Neste estudo foram encontrados resultados estatisticamente importantes, pois a maioria das mães estudadas não apresentou indícios depressivos e os bebês não tinham índices de risco alterados para o desenvolvimento. No entanto, foi possível detectar uma correlação positiva entre depressão materna e presença de índices de riscos ao desenvolvimento infantil, o que comprova as previsões de inúmeros estudos sobre a relevância desse estado materno no estabelecimento do vínculo e da interação infantil<sup>16, 17, 18,19</sup>.

Na análise qualitativa desse estudo, as mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), que apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), este resultado demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês. Sabe-se que as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, são reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder, ou seja, implicam uma interpretação em que a mãe usa linguagem, “traduz” em palavras as ações da criança, e “traduz” em ações suas próprias palavras.

Segundo Spitz<sup>20</sup> a comunicação da díade mãe-filho surge ainda no estágio pré-verbal, por meio das descargas que faz o recém-nascido para liberar suas tensões como, por exemplo, a fome. Essas descargas de emoções ocorrem por meio de gritos, inervação de vasos sanguíneos, atividade muscular difusa e outras. Segundo o autor, o bebê tem capacidade de percepção a respeito do humor da mãe e de seus desejos conscientes e inconscientes e se molda de acordo com esses desejos, à medida que passa a percebê-los. Esse canal de comunicação também vai da mãe para a criança, numa relação equivalente. Grande parte da relação da díade mãe-bebê se passa, portanto, de forma inconsciente e pelo afeto, por esse tipo de comunicação, pois a mãe adquire nesse período, se assim interagir com a criança, uma espécie de capacidade telepática ou cenestésica, como fala<sup>15</sup> para compreender o bebê. Essa comunicação não só modela a psique do bebê como opera nos afetos, tanto os prazerosos como os desprazerosos.

Para que a mãe tenha essa comunicação efetiva e essa empatia especial com o bebê, como as mencionadas por Spitz<sup>20</sup>, é preciso que esteja no limiar de si mesma, para poder captar corretamente os sinais emitidos pelo filho. É preciso ainda que esteja igualmente “ligada” ao interior de si mesma, graças a uma identificação que a coloque, por meio de todas as camadas de seu psiquismo, em contato com a criança que ela própria foi<sup>21</sup>.

Se a mãe estiver deprimida, não conseguirá, no entanto, perceber os sinais que o bebê emite, não poderá exercer a chamada preocupação materna primária de que nos fala Winnicott<sup>22-23</sup>. Essa mãe estará ou dispersa, ou irritada e, muitas vezes, sequer vai conseguir descobrir quando o choro do bebê é sinal de dor, fome ou sono. Nesse caso, a comunicação entre ambos estará comprometida e, conseqüentemente, a interação ficará bastante prejudicada.

Em um estudo internacional Stein<sup>24</sup> interpretou a expressão facial infantil no contexto de depressão materna, e sugeriu que os bebês de mães acometidas de depressão interpretam de forma negativa as atitudes maternas, afetando a sua capacidade de respostas do bebê na interação da díade.

Seguindo a análise qualitativa, as mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), que apresentaram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, o manhês), este resultado demonstra dificuldades de as mães suporem um sujeito. Abrange uma antecipação realizada pelo agente materno, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador).

Segundo Stein <sup>24</sup>, mães deprimidas tipicamente demonstram afeto abatido ou apático e estimulam menos seus bebês, pois apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, as mães deprimidas também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas.

Mas conforme Murray <sup>25</sup>, a depressão materna romperia o processo regulatório mútuo, já que a mãe é o componente externo do sistema regulatório do bebê e deixaria de regular seus estados fisiológicos e emocionais. Isso constituiria uma quebra na intersubjetividade, trazida pelo efeito da depressão sobre os afetos e a reatividade maternas, levando as mães a apresentarem menor capacidade de contingência e menor capacidade de estabelecer contato físico.

A diminuição da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê que, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de intrusividade ou de retraimento <sup>26</sup>, que dificultariam o surgimento da fala especialmente dirigida e sintonizada com o bebê. Essa não sintonia pode refletir-se em dificuldades para a aquisição da linguagem por parte do bebê, tendo em vista perspectivas interacionistas desse processo.

As mães acometidas de depressão materna (níveis leve, moderado e grave), que apresentaram ausentes o IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe) na análise da interação mãe-bebê, podem estar apresentando dificuldades em alternar presença/ausência e também supor um sujeito, isto implica que a mãe (ou o cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Espera-se que, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, haja um intervalo diante do qual venha a surgir a resposta da criança.

Em experimentos realizados no Centro Médico Infantil de Boston <sup>27</sup>, foi solicitado às mães de bebês de três ou quatro meses de idade que se apresentam para os seus filhos com uma face tranquila, não responsiva e inexpressiva. Isto seria seguido por uma drástica mudança na aparência dos bebês. No primeiro ou segundo minuto, ele sorri, agita-se e esforça-se para obter uma resposta de suas mães. Depois de muitos esforços sem sucesso, eles ficam desestimulados e, com frequência, começam a salivar. Depois de três a quatro minutos, todo o seu corpo mergulha em desespero. Esses foram experimentos muito breves, seguidos de abraços calorosos, mas é fácil ver que a depressão de uma mãe e sua falta de respostas podem prejudicar o desenvolvimento do bebê. Segundo Brazelton e Cramer <sup>28</sup>, as mães deprimidas criam frequentemente essa violação das expectativas de seus bebês, pois, de vez em quando, são capazes de interagir normalmente, mas depois se retraem devido às próprias necessidades, deixando a criança numa situação de depressão e desesperança. A repetição freqüente desse padrão pode ser responsável pela produção dos clássicos sintomas de evitação do olhar. Essa evitação do olhar ocorre porque é doloroso, para a criança, deixar que a expectativa se forme novamente. Essas experiências mostram, na prática, o que tantos outros autores já apontavam como potenciais fatores de risco para a saúde dos bebês: as bruscas mudanças de humor das mães e a repetição frequente desse comportamento. A criança não entende o que acontece, se retrai e a interação da díade pode ficar comprometida.

O desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna (*mãe suficientemente boa* – Winnicott <sup>29</sup>). O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, fazendo o bebê participar de tudo o que acontece a sua volta, dando-lhe sentido. Um ambiente suficientemente bom é aquele ambiente proporcionado pela mãe, por meio de seus cuidados, capacitando o bebê a ter novas experiências, a constituir um ego pessoal individualizado, a dominar seus instintos e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida. Para <sup>29</sup> um ambiente não - suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê.

Cabe ressaltar que, nesta pesquisa, o fato de as mães apresentarem bom suporte social possivelmente neutralizou os efeitos da depressão na relação com o bebê. Esse fato pode ser responsável pela baixa frequência de índices de risco, segundo <sup>30</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A análise do estudo realizado apontou que há maior proporção de bebês com IRDIs alterados, quando os níveis de depressão materna são elevados no período pós-parto, podendo

ter implicações negativas na interação da díade mãe-bebê e, principalmente, repercutir como um fator de risco ao desenvolvimento infantil.

A maioria dos bebês estudados não apresentou índices de risco alterados, como também a maioria das mães não estava acometida de depressão pós-parto, no entanto, pode-se observar que a amostra estudada teve uma rede de apoio social importante, que repercutiu de forma positiva no estado emocional das mães no período puerperal e, conseqüentemente, no desenvolvimento dos bebês.

## **REFERÊNCIAS**

1. Surkan PJ, Kawachi I, Ryan LM, Berkman LF, Carvalho VLM, Peterson KE. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. *Am J Public Health*. 2008; 98:125-132.
2. Motta M, Lucion A, Manfro G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 2005; 27 (2): 165-76.
3. Murray L, Halligan SL, Adams G, Patterson P, Goodyer IM. Socio emotional development in adolescents at risk for depression. The role of maternal depression and attachment style. *Development-and-Psychopathology*. 2006; 18(2):489-516.
4. Santos JHPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaúcha Enferm*, 2009; 30(3): 516-24.
5. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comun. ciênc. Saúde*. 2008; 19(1): 51-60.
6. Borsa JB, Dias ACG. Considerações Acerca da Relação Mãe – Bebê da Gestação ao Puerpério. *Revista Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinariedade*. 2007; (2): 310-321.
7. Alt MB, Silvia PC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol. Estud*. 2008; 13(2): 389-94.
8. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JA. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord*. 2008; 108:191-193.
9. Kupfer, MC, Jerusalinsky, A, Wanderley, D, Infante, D, Salles, L, Bernardino, L et al. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2003; 6: (2), 7-25.

10. OMS. Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: 2001.
11. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychological Corporation. 1993.
12. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 2001; 50: (5), 275-85.
13. Kupfer, MCM et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2010; 13: (1), 31-52.
14. Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família. (2003g). Entrevista sobre experiência da maternidade. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
15. De Lemos, CTG. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum I-I*, p.121-135. 1992.
16. Alfaya C, Lopes RCS. Repercussões do comportamento interativo de mães com depressão no desenvolvimento do comportamento exploratório do bebê. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano.* 2005; 15: (2), 69-81.
17. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estud.* 2005; 10:47-55.
18. Furst MCG, Schroeder AT, Valle VH, Golbert MB, Escosteguy N. Depressão pós-parto e suas repercussões na interação precoce mãe-bebê. *Acta méd.* 2007; 28:496-506.
19. Moehler et al. Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology.* 2007; 40 (6): 446-52.
20. Spitz, RA. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. 2000.
21. Golse, B. *Insistir – Existir. Do Ser à pessoa*. Lisboa: Climepsi. 2001.
22. Winnicott, DW. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 3. ed. 1988.
23. Winnicott, DW. *Os Bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
24. Stein A. et al. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. [Infant Behav Dev.](#) 2010; 33(3): 273-8.
25. Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Scak C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2007; 48:45–52.
26. Rechia, IC, Souza, APR. **Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais**. *Psicol. estud.* 2010; 15 (2):315-323.

27. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010; 33(1): 1-6.
28. Brazelton Berry T, Cramer Bertrand G. **As primeiras relações.** 2ªed. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
29. Winnicott, D.W. *Da pediatria à psicanálise.* Rio de Janeiro: Imago. 2000.
30. [Fonseca VR](#) et al. **Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna.** *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4): 738-746.

## **6 ARTIGO DE PESQUISA 3 - INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIs) E EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE**

### *Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDIs) and Experience of Motherhood*

**Janaína Pereira Pretto Carlesso<sup>I</sup>; Ana Paula Ramos de Souza<sup>II</sup>; Anaelena Bragança de Moraes<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Psicóloga; Especialista em Educação Especial: Altas Habilidades Superdotação - Universidade Federal de Santa Maria, UFSM; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana UFSM – Santa Maria- RS, Brasil.

<sup>II</sup> Fonoaudióloga; Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS; Doutora em Letras pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

<sup>III</sup> Docente do Departamento de Estatística, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil; Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### **RESUMO:**

**Objetivo:** Verificar as repercussões da experiência materna na interação mãe-filho, examinando suas implicações para o desenvolvimento da criança através dos IRDIs em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS). A pesquisa foi realizada com as díades mães- bebê (n=165) em Hospital Escola no qual as crianças realizavam triagem auditiva neonatal, no período de março a maio de 2010. **Método:** Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista sobre informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas, psicossociais e experiência materna, e a aplicação dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). **Resultados:** Quando se avaliou a associação entre a ausência/presença de risco para os bebês (IRDIs) e a ausência/presença de alteração emocional materna, encontrou-se resultado significativo. **Conclusões:** Há maior proporção de bebês com risco quando a mãe apresenta alteração emocional no período pós-parto.

**Palavras-chave:** experiência da maternidade; desenvolvimento infantil; índices de risco.

**(Revista Estudos de Psicologia)**



## **ABSTRACT:**

**Objective:** Check the impact of maternal experience on mother-child interaction, examining their implications for child development behind IRDIs in a sample of mothers of babies born in medium-sized city and around the central region of Rio Grande do Sul (RS). The survey was conducted with the mother-infant dyads (n=165) in University Hospital in which the children were newborn hearing screening in the period from March to May 2010. **Method:** To collect data we used a structured interview on socioeconomic, demographic, obstetric, psychosocial and maternal experience, and implementation of the Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDIs). **Results:** When we evaluated the association between the presence/absence of risk to babies (IRDIs) and the absence/presence of maternal emotional disorder, we found significant results. **Conclusions:** It has a higher proportion of babies at risk when the mother has emotional disorder in the postpartum period.

**Keywords:** experience of motherhood, child development, risk indices.

## **INTRODUÇÃO**

A maternidade envolve muitas emoções, tensões, atitudes, experiências e estados de pensamento conflitantes<sup>1</sup>. Gaertner<sup>2</sup> enfatiza a importância do apoio social e de uma bem-sucedida transição da gravidez para a maternidade, pois as bases do relacionamento com o bebê já são estabelecidas nesse período. Para que se tenha uma visão da complexidade da maternidade, pode-se ainda mencionar as eventuais consequências desse processo para a saúde mental da mãe, em situações bastante frequentes como, por exemplo, a depressão puerperal. Esse quadro clínico, entre outros, mostra o quão fortes são as transformações nesse período para tornar-se mãe<sup>3</sup>. As mudanças psíquicas que ocorrem com a chegada do novo papel materno são tantas que Stern<sup>4</sup> sugeriu que a mãe entra em uma nova e única organização psíquica, a qual ele chama de constelação da maternidade. Essa nova organização determina uma série particular de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. O autor assinalou que uma nova tríade psíquica se torna o eixo organizador central, qual seja, mãe da mãe-mãe/bebê. A constelação da maternidade não ocorre em todas as mulheres, mas na maioria daquelas que vivem nas sociedades ocidentais, pós-industriais.

Stern<sup>4</sup> apontou que a constelação da maternidade envolve quatro principais temas: o de vida de crescimento, que inclui os questionamentos da mãe quanto à sua capacidade de manter a vida e o crescimento do bebê; o do relacionar-se primário, que inclui as

possibilidades da mãe ser ou não capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê, assegurando um desenvolvimento psíquico saudável; o tema da matriz de apoio, que diz respeito à capacidade da mãe em criar e permitir os sistemas de apoio necessários a essas funções e o tema da reorganização da identidade, que está relacionado à possibilidade da mãe de transformar sua auto-identidade para que possa exercer essas funções.

Além desses fatores, a habilidade de ser mãe depende da inter-relação de um conjunto de elementos de ordem socioeconômica, educacional e pessoal <sup>5</sup>. Há vários fatores que influenciam a mulher no processo de tornar-se mãe, entre eles: a possível existência de uma tendência inata para exercer cuidados maternos, que leva a uma responsividade à aparência física, comunicações e sinais de desamparo vindos do bebê <sup>6</sup>; a cultura <sup>7</sup>; o contexto socioeconômico específico da família de origem <sup>8</sup>; a experiência da própria mãe enquanto bebê e o modo como ela foi cuidada por seus pais <sup>9</sup>; assim como o apoio social de que a mãe dispõe <sup>10,11</sup>; a satisfação com o papel materno <sup>12</sup>; a relação com o marido <sup>13,14</sup>; as condições de saúde e de atendimento obstétrico <sup>15,16</sup>; características de personalidade da mãe <sup>17</sup> e variáveis demográficas tais como o nível educacional ou atividade profissional <sup>18</sup>. Além disso, as vivências com a própria mãe e o desejo de reviver a unidade e a relação íntima com a mesma influenciam a maternidade da futura mãe <sup>19</sup>.

Diversos autores têm enfatizado a importância da interação mãe-bebê para um desenvolvimento saudável. Freud <sup>20</sup> foi um dos primeiros a ressaltar a influência da relação com a mãe para a formação da personalidade. Spitz <sup>21</sup>, através dos conceitos de depressão anaclítica e de hospitalismo, evidenciou o papel vital da relação mãe-filho. O bebê privado, parcial ou totalmente da mãe ou de um substituto desta, sofre fortes declínios físicos e psíquicos. Bowlby e outros autores interacionistas chamaram a atenção para a existência de comunicação por parte dos dois parceiros da interação, trazendo uma nova imagem de bebê que também se relaciona através de seus comportamentos interativos. A maneira como os pais tratam a criança, por sua vez, tem grande influência no modelo de apego desta <sup>22</sup>.

Estudos mostraram que, quando a mãe está passando por alguma situação adversa ou quando a mãe sofre de depressão pós-parto ou demais transtornos afetivos, ela pode tratar seu filho de forma imprevisível ou com rechaço, o que traz marcas para o modelo de apego desenvolvido por essa criança. Sendo assim, as crianças que têm mães insensíveis, que não oferecem respostas, que são negligentes ou as rejeitam tendem a se desenvolver de forma negativa, tornando-se vulneráveis a um colapso, caso se deparem com situações difíceis. Além disso, para Bowlby, as diferenças nas concepções dos adultos e das próprias mães sobre a maternidade apresentam implicações para a interação mãe-bebê e, conseqüentemente, para o

desenvolvimento infantil.

Atualmente é possível intervir clinicamente nas repercussões negativas da experiência materna no desenvolvimento da criança e detectar riscos precocemente através dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)<sup>23</sup>, instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento na primeira infância, permitindo a localização a tempo de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais saudável.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram utilizados por constituírem um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento da criança. Os IRDIs foram validados na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil<sup>24</sup>, em um estudo de abrangência nacional realizado no período 2000-2009, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e pelo Ministério da Saúde, com coordenação centralizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), a cargo da psicanalista Maria Cristina Machado Kupfer. Um grupo de pesquisadores universitários brasileiros colocou em prática esses princípios teóricos e desenvolveram um protocolo com 31 Indicadores Clínicos de Risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observável e/ou dedutíveis nos primeiros 18 meses de vida da criança que poderiam ser úteis para indicar a possibilidade de surgimento de distúrbios psíquicos ulteriores. Na pesquisa IRDI, privilegiou-se, a articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico.

A pesquisa se desenrolou em duas etapas: 1) aplicação do IRDI em 680 crianças e respectivos responsáveis, de 10 cidades brasileiras (englobando todas as regiões do país) até a idade de 18 meses; 2) composição de uma sub-amostra de 300 crianças avaliadas na idade de três anos através de uma avaliação psiquiátrica e psicanalítica, por meio de dois protocolos criados para esse fim: o roteiro para a Avaliação Psicanalítica (AP3), e o roteiro para a Avaliação Psiquiátrica. A partir dos resultados da avaliação psicanalítica foi montada uma tabela de sintomas clínicos. Definiu-se em seguida o desfecho clínico da pesquisa: a) presença ou ausência de problemas de desenvolvimento para a criança, ou b) presença ou ausência de risco para a constituição do sujeito. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil foram escolhidos e organizados de acordo as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere à atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras. Quatro operações formadoras foram escolhidas, em

função de elas haverem demonstrado ser fundamentais, na história dos cem anos de experiência clínica psicanalítica, e por constituírem uma síntese de diversas propostas teóricas nesse campo.

Os conceitos operatórios cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). Todos esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por J. Lacan, F. Dolto e por D. Winnicott, predominantemente. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança e verificar precocemente o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância.

A partir de tais considerações, esse estudo objetiva verificar as repercussões da experiência materna na interação mãe-filho, examinando suas implicações para o desenvolvimento da criança através dos IRDIs em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS).

## **MÉTODO**

### *Tamanho da Amostra*

Para a realização do cálculo amostral foi utilizado a prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>25</sup>, que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de 5 pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra em 163 mães-bebês.

### *Procedimentos e instrumentos de coleta*

Tal dimensão amostral se deu pela projeção da prevalência da depressão pós-parto na realidade de mães de bebês sem alterações biológicas no desenvolvimento, que buscam o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) em Hospital Universitário.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2010 no ambulatório de Audiologia do hospital, local onde é realizada a triagem auditiva neonatal dos recém-nascidos

da cidade e região. A amostra foi selecionada a partir dos seguintes critérios: todos os bebês pré-termo, a termo e pós-termo de ambos os sexos, com idade de 1 a 4 meses, aprovados na triagem auditiva neonatal e suas respectivas mães. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, os bebês que falhassem na triagem auditiva e que apresentassem malformações congênitas, síndromes genéticas ou infecção congênita detectadas no período neonatal, antes do início do estudo, pois estas por si só já representariam fatores de risco para o seu desenvolvimento. Esses critérios foram estabelecidos porque, além da depressão pós-parto, estudaram-se os IRDIs nas díades. Para este artigo, no entanto, serão abordados os resultados relativos aos IRDIs e as respostas obtidas na entrevista da experiência materna.

O objetivo principal da pesquisa IRDI foi o de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Na tabela 1 podemos observar os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), instrumento utilizado na população deste estudo.

**Quadro 1: Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs)**

<b>Idade em meses:</b>	<b>Indicadores:</b>
<b>0 a 4 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</li> <li>2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</li> <li>3. A criança reage ao manhês.</li> <li>4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</li> <li>5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</li> </ol>
<b>4 a 8 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</li> <li>7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</li> <li>8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</li> </ol>
<b>8 a 12 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</li> <li>10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</li> <li>11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</li> <li>12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</li> <li>13. A criança faz gracinhas.</li> <li>14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</li> </ol>
<b>12 a 18 meses:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</li> <li>16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</li> <li>17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</li> <li>18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</li> </ol>

Considerando que todos os bebês deste estudo foram avaliados na primeira faixa etária

(de 0 a 4 meses), estes foram os IRDIs considerados nas análises aqui apresentadas.

Este estudo teve o objetivo de avaliar somente os primeiros cinco IRDIs com a intenção de detectar e intervir preventivamente nas primeiras relações da mãe com o bebê, pois este período inicial é importante e deve ser acompanhado, pois é mais propenso à incidência de depressão pós-parto e de dificuldades de constituição da experiência materna, fatores que podem refletir negativamente no desenvolvimento da criança.

Esses bebês estudados seguem sendo avaliados pelos demais IRDIs até os 18 meses de idade.

### *Coleta de Dados*

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro consistiu da entrevista com as mães. No segundo foi feita uma filmagem da interação mãe-bebê para a análise dos IRDIs. No primeiro momento as mães foram convidadas a participar do estudo pela responsável da pesquisa, que explicou detalhadamente os propósitos do estudo.

A seguir, as mães voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para criação de banco de imagens em duas vias. Estes documentos visavam informar as participantes, de forma sucinta, os objetivos da pesquisa, dados dos pesquisadores responsáveis, além de assegurar o sigilo de suas identidades e de seus filhos. A pesquisadora-responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário.

As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 20 minutos. Para realização da entrevista, foi utilizado um roteiro com o objetivo de investigar as informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais das díades mãe-bebê. No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade <sup>26</sup> instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Na entrevista foi solicitado que a mãe falasse livremente sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e à experiência da maternidade. O objetivo da entrevista foi investigar a evolução dos afetos e vivências emocionais com relação à maternidade,

habilidades e características emocionais do bebê, os sentimentos e atitudes no desempenho do papel materno, a forma como esses padrões afetam a relação mãe-filho e o desenvolvimento da criança. Examinou-se também a ocorrência de eventos estressantes.

Por meio da observação clínica e impressão subjetiva da psicóloga, durante o discurso materno, atribuíram-se os seguintes fatores de risco para o estabelecimento da experiência da maternidade: dificuldades na relação com o bebê, ou seja, a mãe não consegue um vínculo e sintonia com as demandas do seu bebê, sentimento de incapacidade para cuidar de seu filho necessitando da presença de uma figura de apoio para auxiliá-la nos cuidados do bebê; a mãe sente dificuldade de apontar as habilidades do desenvolvimento do bebê, mostrando-se despercebida com os avanços do mesmo. Os eventos estressantes neste período também foram considerados como índices de risco: a falta de suporte social, desemprego do companheiro, dificuldades financeiras e conflitos familiares. A partir destes dados identificou-se a presença de dificuldades na constituição da experiência da maternidade.

Em contrapartida, considerou-se ausência de dificuldades para a constituição da experiência da maternidade, quando a mãe e seu ambiente social estavam em relativo equilíbrio, ou seja, desprovido de fatores estressantes. Assim, aponta-se que, quando a mãe não estava acometida de alterações emocionais para exercer a maternagem, a mesma tinha prazer e confiança em cuidar do seu bebê; também quando a figura materna sabia identificar o que seu bebê desejava quando estava choramingando; quando se mostrava atenta ao bebê quando ele a procurava ao ouvir sua voz e quando interagia através de sorrisos e balbucios e a mãe estava pronta para correspondê-lo. Também quando a mãe referia-se aos avanços do desenvolvimento de seu bebê com muita satisfação, apontando todos os progressos adquiridos, ou seja, a mãe se apresentava motivada e participativa no desenvolvimento de seu bebê.

Por outro lado, considerou-se ausência de dificuldades para a constituição da experiência da maternidade, quando a mãe e seu ambiente social estavam em relativo equilíbrio, ou seja, desprovido de fatores estressantes. Portanto, quando a mãe não estava acometida de alterações emocionais para exercer a maternagem, várias características foram identificadas como: o prazer materno e confiança em cuidar do seu bebê; poder identificar o que seu bebê desejava quando estava choramingando; estar atenta ao bebê quando ele a procurava e ao ouvir sua voz e quando interagia por meio de sorrisos e balbucios, referir avanços do desenvolvimento de seu bebê com muita satisfação, apontando todos os progressos adquiridos, ou seja, a mãe mostrava-se motivada e participativa no desenvolvimento de seu bebê.

A partir dos dados investigados na entrevista sobre a constituição da experiência da maternidade, foi possível analisar se as mães estudadas estavam acometidas de alterações emocionais para exercer a função materna. As mães foram então classificadas em dois grupos: nenhuma alteração emocional e sem alteração emocional.

As mães que foram consideradas acometidas de alterações emocionais para exercer a função materna, foram convidadas a participar de grupos terapêuticos e também de acompanhamento psicológico individual.

No segundo momento desse estudo, as mães foram orientadas quanto à realização da filmagem da díade, e a importância da comunicação materna para o desenvolvimento da criança. As mães foram convidadas a falar/interagir com seu bebê como usualmente fazem em casa, agindo de forma natural em uma posição face-a-face. Assim seria possível observar o processo comunicativo da díade. A pesquisadora observou não só esse momento, mas toda a interação demonstrada entre bebê e mãe desde o início da entrevista. Após a observação da pesquisadora, o processo interativo foi filmado durante cinco minutos por um colaborador da pesquisa, enquanto isso a pesquisadora mantinha a observação da interação da díade mãe-bebê e realizava a avaliação dos IRDIs. O principal objetivo da filmagem foi ter a possibilidade de conferir os IRDIs em um segundo momento após a coleta. Essa conferência foi realizada pela orientadora deste trabalho. Em caso de dúvida em relação à atribuição de valores aos IRDIs a díade foi retestada em até uma semana.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e do Hospital Universitário, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob número de CAEE n. 0284.0.243.000-09.

### *Análise Estatística*

Para avaliar a relação entre os IRDIs e a experiência da maternidade, foram utilizados os testes não-paramétricos do Qui-quadrado e Kruskal-Walis. Admitiu-se um nível de significância de 0,05.

As respostas obtidas no roteiro de entrevista em relação à experiência da maternidade foram classificadas pela observação clínica e impressão subjetiva da psicóloga a partir das respostas das mães. A partir da avaliação de cada entrevista, a experiência da maternidade foi reclassificada em duas faixas como: nenhuma alteração emocional (grau mínimo) e com alteração emocional (leve, moderada e grave). Os Indicadores Clínicos de Risco para o



Desenvolvimento Infantil, também foram reclassificados em duas faixas como: nenhum IRDI ausente e risco ao desenvolvimento, ou seja, de 1 a 5 IRDIs alterados. Para se obter os resultados desse estudo, as faixas de IRDIs foram avaliadas em função das faixas da experiência da maternidade. A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA* 9.0.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 165 mães e bebês nascidos no período de março a maio de 2010, que buscaram o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário.

Na tabela 1 serão apresentadas as frequências de experiência materna em função das faixas de IRDIs. Pode-se observar que a maioria das mães entrevistadas (66,7%), não apresentou nenhum grau de alteração emocional em relação à experiência da maternidade, isto se justifica que a amostra estudada teve uma rede de apoio social importante.

Quando foi avaliada a associação entre a ausência/presença de risco para os bebês (IRDIs) e a ausência/presença de alteração emocional materna com conseqüências para a constituição da experiência a maternidade, encontrou-se resultado significativo ( $p=0,003$ ), ou seja, há significativamente maior proporção de bebês com risco quando a mãe apresenta alteração emocional.

**Tabela 1.** Experiência Materna e Indicadores Clínicos de Risco, em uma amostra (n=165) de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Experiência Maternidade		
IRDIs	Sem alterações emocionais (%)	Com alterações emocionais (%)
Nenhum IRDI ausente	103 (70,5)	43 (29,5)
Risco ao desenvolvimento	7 (36,8)	12 (63,2)
<b>Total</b>	<b>110 (66,7)</b>	<b>55 (33,3)</b>

Teste do Qui-quadrado ( $p=0,003$ ); IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil

Na tabela 2 são especificados os IRDIs alterados bem como as frequências destes pela experiência materna.

**Tabela 2.** Experiência Materna e Indicadores Clínicos de Risco, em uma amostra (n=165) de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Experiência Materna	Total mãe (n)	IRDIs		IRDIs Ausentes				
		Nenhum IRDI ausente (%)	Risco ao desenvolvimento (%)	1	2	3	4	5
Sem alterações	110	103 (93,6)	7 (6,4)	4	2	1	1	3
Com alterações	55	43 (78,2)	12 (21,8)	7	4	3	6	4
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>146 (88,5)</b>	<b>19 (11,5)</b>					

IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil

Na tabela 2 pode-se observar que as mães acometidas de alterações emocionais apresentaram ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer), o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela manhês), o IRDI 3 (a criança reage ao manhês), o IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação), e o IRDI 5 (há troca de olhares entre a criança e a mãe) na análise da interação mãe-bebê.

Este resultado demonstra dificuldades de as mães estabelecerem as demandas dos bebês (IRDI 1 e IRDI 3), de supor um sujeito (IRDI 2), de alternar presença/ausência (IRDI 4), e também supor um sujeito (IRDI 5). Ainda na tabela 2, observa-se que há mães sem alterações, cuja avaliação dos IRDIs demonstra também alterações, semelhantes às encontradas nos casos de mães acometidas de alterações emocionais. É importante ressaltar, no entanto, que os IRDIs avaliam também as condições dos bebês e não apenas das mães. Os dados demonstram, no entanto, que se as mães estiverem acometidas de alterações emocionais no período pós-parto, isso pode refletir-se como um elemento de risco ao desenvolvimento infantil pelo risco que representa ao exercício da função materna, em função de sua associação.

Na tabela 3 são apresentadas as frequências das faixas de IRDIs em função da variável suporte social.

**Tabela 3.** Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento infantil e frequência de Suporte Social em uma amostra (n=165) de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS), 2010.

Suporte Social	Faixas de IRDIs		
	Total (n)	Nenhum IRDI Ausente (%)	Risco p/desenvolvimento (%)
Nenhum	30	27 (90,0)	3 (10,0)
Marido	42	39 (92,9)	3 (7,1)
Mãe	27	21 (77,8)	6 (22,2)
Outro	19	17 (89,5)	2 (10,5)
+ de um cuidador	47	42 (89,4)	5 (10,6)
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>146 (88,5)</b>	<b>19 (11,5)</b>

IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil; Teste de Kruskal-Wallis.

Quando se avaliou as frequências das díades nas duas faixas de IRDIs em função do suporte social não se encontrou diferença significativa ( $p=0,412$ ), ou seja, não há diferença significativa nas proporções de bebês com risco para o desenvolvimento entre os tipos de suporte social.

Os bebês de mães que tinham disponibilidade de apoio do marido, na sua maioria (92,9%) não apresentaram nenhum IRDI alterado. Já o maior risco para o desenvolvimento (22,2%), foi verificado em bebês cujas mães tinham apenas o suporte da avó materna. Embora sem significância estatística, é uma tendência a ser considerada.

Apesar de não haver associação significativa na análise estatística, a maioria das mães (110 mães) do total de 165, não apresentou alterações emocionais quanto à experiência materna, isto se justifica porque a amostra estudada teve uma rede de apoio social importante, o que influenciou de forma positiva no estado emocional das mães.

## DISCUSSÃO

O principal resultado evidenciado neste estudo foi a presença de uma correlação estatisticamente significativa entre a presença de alteração na constituição da experiência da maternidade e presença de riscos ao desenvolvimento infantil. Tal resultado se relaciona ao que a literatura ressalta sobre o nascimento de um filho ser uma fase propensa a crises e desequilíbrios para a vida da mulher, em função das mudanças que o acompanham<sup>27</sup>. Ao tornarem-se mães, muitas mulheres podem demonstrar sentimentos de insegurança, ansiedade, dúvidas sobre como cuidar de seu bebê, mesmo que tenham se preparado desde antes da gestação para tal. As bases para a construção da identidade materna iniciam na

infância da mulher, na interação com figuras femininas, provavelmente com a mãe, que a menina irá se espelhar para exercitar, através das brincadeiras, o papel de mãe com suas bonecas<sup>28</sup>. Já na vida adulta irá se preparar através das fantasias e expectativas quanto ao seu desempenho como mãe. Mesmo com toda preparação muitas mães podem sentir-se fragilizadas e inseguras para lidar com seu bebê. Esse fato foi comprovado na pesquisa de Schwengber e Piccinini<sup>29</sup>, sobre a ocorrência de relatos negativos sobre a maternidade e dificuldades em lidar com o bebê permitirem pensar que, como sugeriram Maldonado<sup>30</sup> e Soifer<sup>31</sup>, o caráter conflituoso da experiência da maternidade pode contribuir para a precipitação ou agravamento da depressão materna, relacionados a uma profunda reavaliação da própria identidade feminina. É também um período de quebra da imagem idealizada do bebê<sup>32</sup>, que rumará da dependência absoluta à relativa, o que obrigará a mãe a fazer uma transição e adaptação constante dos seus cuidados ao filho. Com o desaparecimento gradativo desta imagem idealizada, vem muitas vezes desapontamento, desânimo e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova realidade<sup>33</sup>.

Há aspectos difíceis e bastante objetivos na relação mãe-bebê que justificam essas reações. Assim, nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem muito pouco, pois ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação e, com frequência, a mãe não sabe distinguir quais são as necessidades do bebê. É, portanto, no início uma relação bem pouco estruturada, não-verbal e, por isso, intensamente emocional. Essas características dão margem a amplas possibilidades de interpretações projetivas por parte da mãe, cuja relação pode constituir-se de modo ambivalente. Neste caso, é comum que a hostilidade seja reprimida e encoberta por formações reativas frequentemente estimuladas pela família<sup>34,35</sup>. Compreende-se que o puerpério é um período significativamente importante em relação à formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo determinar a qualidade da ligação afetiva dos membros desta díade<sup>36, 37</sup>.

Se tal adaptação não for a contento, pode-se imaginar que o reflexo da falta de sintonia poderá emergir na protoconversaçoão entre mãe e bebê, e ser captada pelos IRDIs, pois existe a possibilidade de estados emocionais maternos se refletirem na ausência de índices do desenvolvimento e surgimento de risco ao mesmo.

Nesse contexto, o apoio emocional<sup>38</sup> é um ingrediente essencial para todas as mulheres. Ele é necessário para o aumento não só da saúde física e emocional da mãe durante o nascimento da criança, mas também com a relação especial que estabelece a ligação entre pais e deles com o bebê. Nos resultados desta pesquisa a presença de apoio familiar às gestantes apresenta-se como um dos fatores de proteção para a mãe e bebê em relação a

possíveis efeitos dos estados emocionais maternos na relação com o bebê.

O primeiro trimestre do puerpério caracteriza-se como um período de transição no qual a mulher torna-se especialmente sensível e confusa, com o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. Durante a gravidez o filho é muitas vezes sentido como parte do corpo materno e, por essa razão, o nascimento pode ser visto como uma amputação de parte do seu corpo. Após o parto, a mãe percebe que o bebê é outra pessoa; nesse sentido torna-se necessário elaborar a perda deste bebê da fantasia para entrar em contato com o bebê real.

Na análise qualitativa dos índices ausentes em bebês de mães acometidas de alterações emocionais, apresentaram-se ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer). Este resultado demonstra dificuldades dessas mães estabelecerem as demandas dos bebês. Espera-se que as mães tomem as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, como o choro, sejam reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder, ou seja, implica uma interpretação em que a mãe usa a linguagem, e “traduz” em palavras as ações da criança, e em ações suas próprias palavras. Tal comunicação apresentou-se afetada na relação das mães com alterações emocionais e seus bebês nesta pesquisa, demonstrando uma dificuldade para das mães para dar conta das diversas atividades psíquicas e físicas requerida no cuidado com o bebê<sup>39</sup>.

Seguindo a análise qualitativa, as mães acometidas de alterações emocionais apresentaram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela manhês). Este resultado demonstra dificuldades das mães para supor um sujeito em seus bebês, afetando a necessária antecipação realizada pelo agente materno sobre as possibilidades futuras de constituição do bebê. Tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). A linguagem sintonizada com as ações do bebê, além das implicações lingüísticas que possui, também é responsável para a constituição do *holding* satisfatório, cujo déficit se faz sentir pela extrema aflição que produz na criança<sup>40</sup>.

O *holding* deficiente pode ser experimentado pela criança quando a mãe encontra-se acometida de algum transtorno afetivo, como nos casos de depressão pós-parto. A criança pode ser fonte de “sensação de despedaçamento”, “sensação de estar caindo num poço sem fundo”, sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e de outros tipos de ansiedades encontradas em pacientes psicóticos e também fronteiriços. As falhas do *holding* e da função de ser uma mãe suficientemente boa em função da depressão

materna, também podem provocar no lactente intensa inquietação, distúrbio do sono e da função digestiva; e todos esses fenômenos podem se manifestar de forma regressiva em outras etapas da vida <sup>40</sup>. Para Winnicott <sup>41</sup>, um ambiente não - suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê. Um ambiente suficientemente bom e o *holding* podem deixar de ser exercidos tanto por uma mãe emocionalmente prejudicada, como em função de um bebê não-responsivo que não busca sua mãe, o que pode levar essa mãe a cuidá-lo de forma maquinal

No período de 0 a 2 anos, segundo <sup>42</sup>, o discurso da mãe dá existência a uma voz para o bebê, o que permite detectar uma atividade discursiva muito anterior à sua função expressiva <sup>43</sup>, ao estudar os monólogos da criança demonstra os efeitos do diálogo e da fala do outro na fala da criança. De Lemos <sup>44</sup> demonstra que, nesta perspectiva, a criança está submetida às leis e regras de funcionamento da língua, mas que antes de poder analisar gramaticalmente a língua, estará funcionando nela a partir do diálogo que estabelece com o adulto, de modo especial a mãe. Esse diálogo é anterior à fala do bebê, sendo marcado pelo *manhês*. Se ele está ausente em mães afetadas emocionalmente, torna-se risco importante ao desenvolvimento infantil em geral, e à aquisição da linguagem de modo mais específico. Muitas pesquisas, inclusive, demonstram que a ausência de reação da criança ao *manhês* pode ser um índice de risco psíquico <sup>45</sup>.

Outro IRDI ausente em mães acometidas de alterações emocionais foi a ausência de reação ao *manhês* por parte de seus bebês. Este IRDI relaciona-se à apetência do bebê pela comunicação, o que é uma alteração específica do bebê, que pode ou não ser alimentada pela mãe. Pode-se observar que tal fato foi mais presente em bebês de mães com alterações emocionais, possivelmente por uma mutua alimentação da falta comunicação.

A comunicação da díade mãe-filho no início da maternagem nos casos de depressão materna são as mais perigosas, pois pode provocar quadros psicopatológicos variados no bebê, dependendo da natureza, intensidade e data de sua manifestação. Entre essas conseqüências, as depressões do bebê ocupam um lugar central<sup>46</sup>. Múltiplos fatores podem gerar patologia no bebê, entre os quais as depressões clássicas do bebê<sup>47</sup>, tais como reações à separação e perda de vínculo, e também a chamada depressão anaclítica ou hospitalismo <sup>48-49</sup>.

As mães acometidas de alterações emocionais apresentaram ausentes o IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação), o que implica que a mãe (ou o cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Por exemplo, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo diante do

qual venha a surgir a resposta da criança. Se a mãe não consegue uma fina sintonia com as demandas do bebê e não lhe oferece turno para expressá-las, o diálogo inicial, que ocorre por meio da protoconversa, fica alterado, podendo ser um risco ao desenvolvimento infantil. Aspectos, como a rejeição primária ativa e passiva<sup>50</sup> ou a depressão<sup>51</sup>, podem afetar a relação com bebê pelo afastamento materno. A criança é, assim, privada de oportunidade de completar a fusão.

A ausência do IRDI 5 também foi outro resultado qualitativo importante. Este resultado demonstra dificuldades de as mães em alternar presença/ausência e também supor um sujeito, isto implica que a mãe (ou o cuidador) não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Por exemplo, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo diante do qual venha a surgir a resposta da criança. A habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades comunicativas da criança adquire posição central na construção de uma relação de mutualidade.

Para isso, muito contribuem as respostas seletivas dos bebês e seu potencial de atenção, pronto para a fixação do olhar em padrões semelhantes ao da face humana, forma e tamanho e seus padrões de reatividade próprios. O contato olho a olho é considerado como uma das redes de comunicação mais potentes, sendo um liberador inato de respostas maternas e potente facilitador de interação. A sinalização de estados pelo bebê (choro, sorriso, vocalização) promove elos na cadeira interativa quando a mãe se prontifica a atendê-los com satisfação<sup>52, 53,54</sup>.

Schmidt et al<sup>55</sup> sugerem que a falha persistente na manipulação dos bebês nos primeiros meses de vida, principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebê, contribui para diminuir e/ou não desenvolver adequadamente conexões neuronais. Há evidências de que falhas no cuidado inicial devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associadas a alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês<sup>56</sup>. No entanto, nesta amostra, o fato de ter havido um suporte social importante pode ter neutralizado possíveis dificuldades emocionais das mães e melhorado seu desempenho no cuidado aos seus bebês, conforme afirma<sup>57</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo realizado apontou que há maior proporção de bebês com risco quando a mãe apresenta alteração emocional no período pós-parto, pois esta pode ter repercussões negativas

no exercício da função materna e principalmente refletir-se como um elemento de risco ao desenvolvimento infantil.

A maioria dos bebês desse estudo não apresentou índices de risco ao desenvolvimento infantil, como também a maioria das mães não estava acometida de alterações emocionais em relação à experiência da maternidade. No entanto, houve uma conexão entre alteração da experiência da maternidade e presença de risco ao desenvolvimento infantil. Possivelmente, tal experiência só não foi mais alterada em função da presença de importante apoio social, sobretudo do cônjuge, na amostra investigada.

## REFERÊNCIAS

- Alt M.B, Silvia P.C.(2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol. Estud.*, 13(2), 389-94.
- Azevedo K.R, Arrais A.R.(2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.*, 19 (2), 269-276.
- Belsky, J., Yongblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Development e Psychopathology*, 1, 292-304.
- Bernardino, L.M.F, Kupfer, M.C.M. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da "pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil". *Rev. Mal-Estar Subj.*,8(3), 661-680.
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (1984). Apego e perda: separação. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T.B, Cramer, B. (1992). As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes.
- Conroy S, Marks M.N, Schacht R, Davies H.A, Moran P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Soc Psychiatry Epidemiol.*, 45(3), 285-92.
- Belsky, J., Yongblade, L., & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Development e Psychopathology*, 1, 292-304.
- Crestani A.H, Rosa F, Pretto J, Ramos S.A.P. (2010). A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe- Filho com Distúrbio de Linguagem. *Revista Cefac*.No prelo.
- Crockenberg, S., & McCluskey. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development*, 57, 746-753.
- Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- Debray, R. (1988). *Bebês/Mães em revolta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- De Chateau, P. (1987). Parent-infant socialization in several western european countries. Em J. Osofsky (Ed.) *Handbook of infant development*. 2a ed. New York: Wiley-Interscience.
- De Lemos, C.TG. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum I-I*, 121-135.
- Esteves, C.M, Borges, E.S.(2007). O resgate do vínculo mãe-bebê: estudo de caso de maus tratos. *Psicol. cienc. Prof.*, 27(4), 760-775.
- Ferrari, A, Piccinini, C.A, Lopes, R.C.S, (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 305-313.



- Field T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.*, 33(1), 1-6.
- [Fonseca, V.R.](#) et al. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
- Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. (1911). Em: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. 12, 237-244. Rio de Janeiro: Imago.
- Furst M.C.G, Schroeder A.T, Valle V.H, Golbert M.B, Escosteguy N. (2007). Depressão pós-parto e suas repercussões na interação precoce mãe-bebê. *Acta méd.*, 28,496-506.
- Gaertner, A., & Gaertner, B. (1992). Schwangerschaftsprozesse: zwei Fallstudien im Kontrastiven Vergleich. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5 (4), 285-313.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., & Grossmann, K. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. Em R. Hinde e J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences*. Oxford: Clarendon Press.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G e Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborn orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. Em I. Bretherton e E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 1-2.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família. (2003g). Entrevista sobre experiência da maternidade. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Heinicke, C: M. (1984). Impact of pre-birth parent personality and marital functioning on family development: A framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology*, 20, 1044-1053.
- Heinicke, C. M., Diskin, S. D., Ramsey-Klee, D. e Given, K (1983). Pre-birth parent characteristics and family development in the first year of life. *Child Development*, 54,194-208.
- Kupfer, MCM et al (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 13(1), 31-52.
- Kupfer, M. C., Jerusalinsky, A., Wanderley, D., Infante, D., Salles, L., Bernardino, L. et al (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6 (2), 7-25.
- Laznik. M. C.(2004). Introdução. In M. C. Laznik, *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito* (pp.13-17). Salvador, BA: Ágalma.
- Lerner, J., & Galambos, N. (1985). Maternal role satisfaction, mother-child interaction, and child temperament: A process model. *Developmental Psychology*, 21, 1153- 1164.
- Lopes, R.C.S, Prochnow, L.P , Piccinini, C.A, (2010). A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo* , 15, 295-304.
- Maldonado, M.T. *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. (2002) 16ªed. São Paulo: Saraiva.
- McLaren L, Kuh D, Hardy R, Mishra G. (2007). Postnatal depression and the original mother-child relationship: a prospective cohort study. *J Affect Disord.*, 100(1-3), 211-9.
- Motta M, Lucion A & Manfro G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 27 (2), 165-76.
- Oberman, Y., & Josselson, R. (1996). Matrix of tensions: A model of mothering. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 341-349.
- OMS.( 2001) *Salude mental: nuevos conecimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la

salud en el mundo.

- Pessoa, L, Moura, M.L.S. (2008). Características pragmáticas da fala materna em díades mãe-bebê. *Arq. bras. psicol.*, 60(1), 82-95.
- Piccinini, C.A, Gomes, A.G, Nardi, T.C, Lopes, R.C.S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), 63-72.
- Queiroz, EF. (2006). O olhar do outro primordial. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 9(4), 598-610.
- Rechia, I.C, Souza, A.P.R. (2010). Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 315-323.
- Sameroff, A. J. (1984). Necessidades Psicológicas da mãe em interações precoces mãe-filho. Em G. Avery, (Ed.) *Neonatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Saraiva, E.R.A Coutinho, M.P.L. (2008) O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 8(2), 505-527.
- Schmidt E, Piccoloto N, Muller M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF.*, 10, 61-68.
- Schwengber, D.D.S, Piccinini, C.A.(2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estud. psicol. (Campinas)*, 22(2), 143-156.
- Schwengber, D. D. de S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol. (Natal)*, 8(3), 403-411.
- Soifer, R. *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. 6º ed. Porto Alegre: ArtMed. 1992.
- Small, R., Astbury, J., Brown, S., & Lumley, J. (1994). Depression after childbirth: Does social context matter? *The Medical Journal of Austrália*, 161, 473-477.
- Spitz, R. A. (1983). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Stern, D. (1997) *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tudge, J, Marin, A. H ; Frizzo, G. B ; Lopes, R. C. S. (2010). The impact of socio-demographic variables, social support and child sex on mother-infant interaction. *Interamerican Journal of Psychology* , 44, 203-212.
- Valsiner, J. (1989). *Human development and culture: the social nature of personality and its status*. Massachusetts: Lexington Books.
- Wan M.W, Green J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Arch Womens Ment Health*, 12(3), 123-34.
- Wedel H.E, Wall M.L, Maftum M.A.(2008). Sentimentos da mulher na transição gestação-puerpério. *Nursing*, 11(126),501-506.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1988). *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, analisaram-se as possíveis relações entre estados depressivos maternos e alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil. Na amostra estudada, poucas mães apresentavam depressão pós-parto. Ainda assim, foi possível avaliar os fatores mais frequentes associados à depressão. Constatou-se, a partir de tal avaliação, que o baixo nível socioeconômico e o não-planejamento da gestação foram os fatores de risco associados estatisticamente para o aparecimento da depressão no período puerperal.

Nas demais variáveis investigadas, não foram aferidos resultados estatisticamente significativos, mas é importante salientar que as mulheres que não exerciam ocupações fora do lar, apresentaram níveis de depressão mais elevados em relação às mulheres que trabalhavam fora de casa.

Um resultado importante da pesquisa foi à baixa frequência de depressão materna associada à presença de um bom suporte social. O apoio social percebido pela mãe, além de apresentar correlação positiva com a estruturação materna e com a responsividade do bebê, funciona como fator protetor para sintomas depressivos.

Na análise das possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento infantil e presença de depressão materna e de alterações na constituição da experiência da maternidade, este estudo apontou que há maior proporção de bebês com risco ao desenvolvimento, quando a mãe apresenta alteração emocional e níveis de depressão elevados no período pós-parto, visto que os estados maternos podem ter implicações negativas no exercício da função materna, na interação da díade mãe-bebê e, principalmente, repercutir como um fator de risco ao desenvolvimento da criança.

A análise qualitativa dos índices de desenvolvimento ausentes diante de estado depressivo materno revelou que os índices de risco de maior frequência foram 1, 2 e 5, demonstrando que tal estado impede a mãe de investir na protoconversa seja na modalidade oral (interpretando a demanda do bebê-IRDI 1, ou investindo no diálogo – IRDI 2) ou na modalidade corporal (IRDI 5).

Já em relação à dificuldade de se constituir no papel materno, todos os índices estiveram alterados, ou seja, além dos níveis de depressão elevados, há outros fatores que intervêm na constituição da experiência da maternidade, entre eles, o planejamento do bebê, a herança transgeracional, enfim, a capacidade individual subjetiva de cada mãe ocupar esta função, para a qual concorrem vários aspectos da sua história de vida.

Um dos aspectos que emergiu como fundamental para neutralizar eventuais dificuldades maternas foi à presença de apoio social. Tal apoio influenciou de forma positiva no estado emocional das mães no período puerperal e, conseqüentemente, no desenvolvimento dos bebês.

O suporte social em várias pesquisas é referido, como um fator de proteção que previne distúrbios emocionais maternas, no entanto, pode-se observar que mesmo os resultados estatísticos não tenham aferido significância, a rede de apoio social teve grande importância na prevenção da depressão pós-parto, como também nas alterações emocionais da constituição da experiência da maternidade. Possivelmente, tal experiência só não foi mais alterada em função da presença de importante suporte social, sobretudo do cônjuge, na amostra investigada.

A disponibilidade de uma rede de apoio significativa neste período de grandes mudanças é extremamente importante, pois a mulher se sentirá acolhida para expressar seus sentimentos e confiante para exercer a função materna sem riscos para o desenvolvimento do bebê. Portanto, os profissionais da saúde devem desenvolver ações preventivas na rede pública à saúde da mulher, propondo avaliação e acompanhamento das mães durante a gestação, utilizando instrumentos padronizados para detectar precocemente a depressão materna, pois a mesma pode repercutir de forma negativa na interação da díade mãe-bebê após o nascimento.

O estudo também sugere que as mães e seus bebês devem receber um acompanhamento integral durante o primeiro ano de vida, de modo a permitir a detecção e estimulação precoce quando necessário. Para isso é importante a implantação de programas de intervenção/estimulação precoce em rede de serviços de atenção à saúde materno-infantil.

O trabalho de estimulação precoce neste período é fundamental, para isso é necessário a participação de uma equipe interdisciplinar (psicólogo, pediatra, enfermeira, técnica de enfermagem, pedagogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social), que estabeleça condições clínicas favoráveis para a constituição psíquica e o desenvolvimento dos bebês desde o nascimento.

Essa perspectiva possibilita visualizar a importância dessas intervenções de modo a evitar ou minimizar transtornos do desenvolvimento infantil, sendo possível detectar o mais precocemente o risco para alterações do vínculo mãe-bebê e para o surgimento de retardos de aquisição da linguagem, tema relevante à Psicologia e à Fonoaudiologia.

Também, nas situações em que a mãe não tenha o suporte social, sobretudo do cônjuge, é importante que o profissional da saúde da atenção materno-infantil esteja

preparado para dar este suporte e encaminhar os casos mais graves à terapia psicológica. Para tanto, os índices de risco ao desenvolvimento infantil apresentaram-se como protocolo sensível a possíveis alterações das interações iniciais mãe-bebê, sendo capazes de captar repercussões dos estados maternos e infantis nas mesmas.

Esta pesquisa oferece também modelos de intervenções diagnósticas importantes que podem ser utilizados em programas pré-natais, pois as mães que usufruírem de acompanhamento precoce desde a gestação com auxílio de ações preventivas como: grupos terapêuticos, avaliações e intervenções clínicas, poderão ter grandes benefícios no período puerperal sem riscos à sua saúde e conseqüentemente ao desenvolvimento de seus bebês.

A continuidade da pesquisa sugere também o acompanhamento da aquisição da linguagem e desenvolvimento desses bebês em outros aspectos instrumentais como forma de precisar a sensibilidade de tais índices para aspectos instrumentais do desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUADO G. **Dimensões perceptivas, sociais, funcionais e comunicativas do desenvolvimento da linguagem.** In: Chevrie-Muller C, Narbona J. A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; p. 71-87. 2005.
- AINSWORTH, M. D. S.; BELL, S. M.; STAYTON, D. J. **Infant-mother attachment and social development.** Em M. P. Richards (Org.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 99-135). London, Cambridge University. 1974.
- AINSWORTH, M. D. S.; BLEHAR, M. C.; WATERS, E.; WALL, S. **Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.** Hillsdale, New Jersey: Erlbaum. 1978.
- AIMARD, P. **O surgimento da linguagem na criança.** Porto Alegre, Artes Médicas. 1998.
- AULAGNIER, P. **Observações sobre a estrutura psíquica.** IN: KATZ, C. S. (Org) *et al. Psicose – Uma leitura psicanalítica.* 2 ed. São Paulo: Escuta. 1991.
- AULAGNIER, P. Um intérprete em busca de sentido. São Paulo: Escuta.1990.
- AULAGNIER, P. Nacimiento de un cuerpo, inicio de uma historia. En L. Horstein (Org.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto indentificatorio* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidós.1994.
- BAKEMAN, R.; GOTTMAN, J. M. **Observing interaction: An introduction to sequential analysis.** Cambridge: Cambridge University Press.1986.
- BALLONE GJ. **Crianças adotadas e de orfanato** [Internet]. [revisado 2004; citado 2006 Out 18]. Disponível em: [virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=52&sec=19](http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=52&sec=19).
- BAPTISTA, C. R.; BOSA, C. (ORGS.). **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção.** Porto Alegre: Artmed. 2002.
- BATISTA PINTO, E. **Psicoterapia breve mãe/bebê.** Em C. F. Rohenkohl (Org.), *A clínica com o bebê.* (pp. 125-130). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
- BECK C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50(5):275-85. 2001.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory. Manual.** San Antonio: Psychological Corporation.1993.
- BETTES, B. A. Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development*, 59, 1089-1096.1988.
- BOSA, C. A.; PICCININI, C.A. Temperamento infantil e o apego mãe-criança: Algumas considerações teóricas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 193-212. 1994.
- BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. **Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério.** Revista Perspectiva, Erechim, v. 28, n. 102, p. 39-53. 2004.

BORNSTEIN, M. H.; TAMIS-LEMONDA, C. S. **Mother-infant interaction**. Em G. Bremner & A. Fogel (Orgs.), *Blackwell handbook of infant development* (p. 269-295). Oxford: Blackwell Publishing. 2004.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes. 1982.

BOWLBY, J. *Apego: a natureza do vínculo*. Volume 1 da Trilogia *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes. 2002.

BRAZ F.S; SALOMÃO N.M.R. A fala dirigida a meninos e meninas: um estudo sobre o input materno e suas variações. *Psicol Reflex. Crit*; 15(2): 333-44. 2002

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.; KREISLER, L., SCHAPPI, R. & SOULÉ, M. A **dinâmica do bebê**. *Porto Alegre: Artes Médicas*. 1987.

BRAZELTON, Berry T. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Porto Alegre: ArtMed. 1988.

BRAZELTON, T. B. **Comportement et compétence du nouveau-né**. *Psychiatrie de L'enfant*, 24(2), 375-396.1981.

BRAZELTON, T. B.; ALS, H. Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourisson. *Psychiatrie de L'enfant*, 24(2), 397-418.1981.

BRAZELTON, Berry T.; CRAMER, Bertrand G. **As primeiras relações**. 2ºed. São Paulo: Martins Fontes. 2002.

BROWN, S.; LUMLEY, J.; SMALL, R.; ASTBURY, J. *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.1994.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F.; MEYERS, T. **Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity**. *Developmental Psychology*, 31(3), 349-357.1995.

CARON, Nara Amália (org). **A Relação Pais-Bebê: da observação à clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.

CARPENTER, M.; NAGELL, K. ; TOMASELLO, M. **Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 months of age**. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63(4). 1998.

CATÃO, I. **O lugar da tristeza no mundo de hoje**. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G; FRANÇA, P. S (Orgs). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L.G. E. 2002.

CÁURIO, R. P. A atualidade da visão winnicottiana. *Revista do Círculo Brasileiro de Psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 6, 2000. Disponível em: <<http://www.cbprj.org.br/rev200winnic.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2007. 14h.

CEZIMBRA, M. Especialistas alertam sobre o aumento do uso de antidepressivos. *O Globo*,

Rio de Janeiro, dez. 1998. Disponível em: [http://www.psiq.com.br/depressao\\_infantil.php](http://www.psiq.com.br/depressao_infantil.php). Acesso em: 31 mar.1h. 2007.

CLAY, E.C.; SEEHUSEN, D.A. A review of postpartum depression for the primary care physician. *Southern Medical Journal*, 97(2), 157-161. 2004.

COHN, J. F.; CAMPBELL, S. B.; MATIAS, R.; HOPKINS, J. **Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months.** *Developmental Psychology*, 26, 15-23. 1990.

CONTI-RAMSDEN G; FRIEL-PATTI S. Mother-child dialogues: considerations of cognitive complexity for young language learning children. *Br J Disord Commun*; 21:245-55. 1986.

CORDEIRO, D. T. **Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem:** o que diz a literatura. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2000.

CORIAT, E. *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios. 1997.

CORIAT, E; JERUSALINSKY, A. Apostila de capacitação do Grupo Nacional de Pesquisa (GNP), circulação interna. 1976.

CRAMER, B. Interaction réelle et interaction fantasmatique. Réflexion au sujet des thérapies et des observations du nourrisson. *Psychothérapies*, 1, 39-47.1974.

CRAMER, B. **Psychothérapies du nourrisson.** Em S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Orgs.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 2, pp. 689-694). Paris: PUF. 1985.

CRAMER, B. Objective and subjective aspects of parent-infant relations: an attempt at correlation between infant studies and clinical work. Em J. D. Osofsky (Org.), *Handbook of infant development* (pp. 1037-1057). New York: John Wiley. 1987.

CRAMER, B. *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*. Paris/Genève: Eshel. 1988.

CRAMER, B. *Segredos femininos: De mãe para filha*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

CRAMER, B. **A técnica das terapias breves pais/crianças pequenas.** Em A. Guedeney & S. Lebovici (Orgs.), *Intervenções psicoterápicas pais/bebê* (pp. 91-99). Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.

CRAMER, B. ; PALACIO-ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe/bebê: Estudos clínicos e técnicos*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

CRESTANI AH; ROSA F; PRETTO JP ; RAMOS SAP. A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe- Filho com Distúrbio de Linguagem. *Revista Cefac*.No prelo. 2010.

CRITTENDEN, P.M. Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.1985.



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

CUNHA, C. **Linguagem e Psiquismo: considerações Fonoaudiológicas Estritas**. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 2004.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

DAWSON, G; KLINGER, L.; PENAGIOTIDES, H.; HILL, D.; SPIEKER, S. Frontal lobe activity and affective behavior of infants of mothers with depressive symptoms. *Child Development*, 63, 725-737.1992.

DAWSON, G; KARIN, F.; PENAGIOTIDES, H.; YAMADA, E.; HESSEL, D.; OSTERLING, J. Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar, nondepressed adult. *Child Development*, 70, 5, 1058-1066.1999.

DAWSON, G; ASHMAN, S.; CARVER, L. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 695-712.2000.

DEBRAY, R. Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces. Porto Alegre: Artes Médicas. 1988.

DE LEMOS CTG. Uma abordagem socioconstrutivista da aquisição da linguagem: um percurso e muitas questões. ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem, PUC-RS. 1989.

DE LEMOS, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum I-1**, p.121-135.1992.

DE LEMOS CTG. Das vicissitudes de fala da criança e de sua investigação. *Cad.Est.Ling*, Campinas, 2002; (42): 41-69.

DE LEMOS, C. **Processos Metafóricos e Metonímicos: seu Estatuto Descritivo e Explicativo na Aquisição da Língua Materna**. Trabalho apresentado no The Trend Lectures and Workshop on Metaphor and Analogy, Trento, Itália. 1997.

DE LEMOS, C. Questioning the Notion of Development: the Case of Language Acquisition. **Culture & Psychology**, 6, nº 2, pp.169-182. 2000.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 1-18. 2000.

DOMENECH E. Distúrbios afetivos e patologia da linguagem. In: Chevie-Muller C, NARBONA J. A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos. 2a ed. Porto Alegre: Artmed. p. 458-72.2005.

EBERHARD-GM; ESKILD A, TAMBS K; SAMUELSEN SO, OPJORDSMOEN S.  
**Depression in postpartum and nonpostpartum women: prevalence and risk factors.** *Acta Psychiatr Scand*; 106(6):426-33.2002.

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES. 7º edição revista e atualizada. Santa Maria: Editora UFSM, 2010.

FERRARI, A.; PICCININI, C.; LOPES, R. O narcisismo no contexto da maternidade: Algumas evidências empíricas. 2005. [Submetido para publicação].

FIELD, T. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-532.1984.

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

FIELD, T. **Interaction and attachment in normal and atypical children.** *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 853-859.1987.

FIELD, T. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(2), 200-203. 1998.

FIELD, T.; HEALY, B.; GOLDSTEIN, S.; PERRY, S.; BENDELL, D.; SCHANBERG, S.; ZIMMERMAN, E.; KUHN, C. **Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with nondepressed adults.** *Child Development*, 59, 1569-1579.1988.

FIELD, T.; HEALY, B.; GOLDSTEIN, S.; GUTHERTZ, M. Behavior state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14. 1990.

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

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

FIELD, T. **Infants of depressed mothers.** *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13. 1995.

[FONSECA, VR](#) et al. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, 26(4), 738-746. 2010.

FURTADO, E. F. Desenvolvimento da cognição e da linguagem na infância: um modelo conceitual para a psicopatologia do desenvolvimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(2), 87-96. 2003.

FRAIBERG, S. *Clinical studies in infant mental health: The first year of life.* New York: Basic Books. (1980).

- FRAIBERG, S.; ADELSON, E.; SHAPIRO, V. **Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired mother-infant relationships.** *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421. 1976.
- FREUD, S. Tres ensayos de la teoría sexual. (J. Etcheverry, Trad.). En Obras Completas (Vol. 7, pp. 109-222). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 1905).1990.
- FRIZZO, Giana B.;PICCININI, César A. **Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos.** *Psicologia: Estudos*, vol. 10, nº 1. Acesso em 12/08/2006. 2005.
- GARTON A.F. Social interaction and the development of language and cognition. Hillsdale: Lawrence Erlbaum. 1992
- GOLDFELD M. **Fundamentos em fonoaudiologia: linguagem.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.
- GOLSE, B. **Attachement, modèles opérants internes et métapsychologie, ou comment ne pas jeter l'eau du bain avec le bébé.** Em A. Braconnier & J. Sipos (Orgs.), *Le bébé et les interactions précoces* (pp. 149-165). Paris: PUF. 1998.
- GOLSE, B. Insistir – Existir. Do Ser à pessoa. Lisboa: Climepsi. 2001.
- GOLSE, B.; BYDLOVSKI, M. **Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetualização.** In L. C. Filho, M.E. G Corrêa & P. S. França (Orgs.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 205-214). Brasília, DF: L.G.E. Editora. 2002.
- GREEN, André. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo: Escuta. 1988.
- Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família. (2003g). Entrevista sobre experiência da maternidade. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- GOLDSMITH, D. F.;ROGOFF, B. Mother's and toddler's coordinated joint focus of attention: variations with maternal dysphoric symptoms. *Developmental Psychology*, 33, 113-119. 1997.
- GOODMAN, S. H.;BRUMLEY, E. **Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting.** *Developmental Psychology*, 26, 31-39. 1990.
- GUEDENEY, A. ; LEBOVICI, S. **Intervenções psicoterápicas pais/bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas.1999.
- HART, S.; FIELD, T.; DELVALLE, C. **Depressed Mother's interactions with their one-year-old infants.** *International Journal of Behavioral Development*, 21(3), 519-525.1998.
- HART, S.; FIELD, T.; DEL VALLE, C. ; PELAEZ-NOGUERAS, M. **Depressed mother's interactions with their one-year-old infants.** *Infant Behavior and Development*, 21(3), 519-525.1998.

HART, S.; JONES, N. A.; FIELD, T. ; LUNDY, B. **One-year-old infants of intrusive and withdraw depressed mothers.** *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 111-120. 1999.

HAY, D. **Postpartum depression and cognitive development.** In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 85-110). New York: Guilford. 1997.

HORSTEIN, L. *Piera Aulagnier: Sus cuestiones fundamentales.* En L. Horstein (Org.), *Cuerpo, historia, interpretación: Piera Aulagnier - de lo originario al proyecto indetificatorio* (pp. 11-116). Buenos Aires: Paidós. 1994.

HUNG, C., CHUNG, H. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 676-684.2001.

JENNINGS, K.D.; STAGG, V.; CONNORS, R.E. Social networks and mothers' interactions with their preschool children. *Child Development*, 62, 966-978.1991.

LAWSON, R.; PARRINELLO, R. ; RUFF, H. **Maternal behavior and infant attention.** *Infant Behavior and Development*, 15(2), 209-229. 1992.

JERUSALINSKY, A. N. *Psicanálise e autismo.* Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1984.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil.* Porto Alegre: Artes Médicas. E quarta edição corrigida e ampliada, Porto Alegre: Editora Artes e Ofícios, 2007.

JERUSALINSKY, A. N. **Relendo as identificações primárias.** In A. Jerusalinsky, *Seminários II* (pp. 9-24). São Paulo: USP/ Instituto de Psicologia /Lugar de Vida. 2005.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem.* Salvador, BA: Ágalma. 2002.

KLAUS M. ; KENNEL, J. **Pais/bebê – a formação do apego.** Porto Alegre: ArtMed. 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. ; KLAUS, P. H. **Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: ArtMed. 2000.

KAUFMAN J. **Depressive disorders in maltreated children.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.; 30:257-65.1991.

KUPFER, Maria Cristina Machado, BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. **As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI.** *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2009, vol.12, n.1, pp. 45-58.

KUPFER, MC; JERUSALINSKY, A; WANDERLEY, D; INFANTE, D; SALLES, L, BERNARDINO; L ET AL .*Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil.* *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2003, 6: (2), 7-25.

LACAN, J. *O seminário – Livro 1: Os escritos técnicos de Freud.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

1986.

LACAN, J. **O Seminário. Livro V. As Formações do Inconsciente.** (1957-1958) Rio de Janeiro: Zahar. 1999.

LAWSON, R.; PARRINELLO, R. ;RUFF, H. **Maternal behavior and infant attention.** *Infant Behavior and Development*, 15(2), 209-229.1992.

LAZNIK. M. C. Introdução. In M. C. Laznik, *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito* (pp.13-17). Salvador, BA: Ágalma. 2004.

LEE DTS; YIP ASK; LEUNG TYS; CHUNG TKH. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*; 6(4):349-54.2000.

LEBOVICI. *O bebê, a mãe e o psicanalista.* Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

LEBOVICI, S. Le bébé, la mère et le psychanalyste: Les interactions Precoces. Paris: Le Centurion. 1983.

LEBOVICI, S. La théorie de l'attachement et la métapsychologie freudienne. *Devenir*, 4(4), 33-48. 1992.

LEBOVICI, S. **L'homme dans le bébé.** *Revue Française de Psychanalyse*, LVIII (3), 661-680. 1994.

LEBOVICI, S. **Lettre ouverte à Robert Emde et réponse à ses questions concernant l'empathie.** Em A. Braconnier & J. Sapos (Orgs.), *Le bébé et les interactions précoces* (pp. 9-26). Paris: PUF. 1998.

LIER-DE-VITTO M.F, Arantes L. **Aquisição, patologias e clínica de linguagem.** São Paulo: EDUC, FAPESP. 2006.

LIER-DE VITTO, M. F. *Distúrbios da comunicação.* Novas contribuições da lingüística para a fonoaudiologia. São Paulo: Cortez. 1995

LIER DE- VITTO M.F. **Fonoaudiologia no Sentido da Linguagem.** São Paulo: Cortez. 1994.

MALDANER, R. D. **O processo de aquisição da oralidade:** uma análise da linguagem de duas crianças portadoras de síndrome de down. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana), Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba. 2005.

MALDONADO, Maria T. **Psicologia da Gravidez – parto e puerpério.** 16ªed. São Paulo: Saraiva. 2002.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS-DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.

MASSI, G. A. Linguagem e Paralisia Cerebral: um estudo de caso do desenvolvimento da narrativa. Curitiba: Editora Maio. 2001.

MAZET, P; STOLERU, S. *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1990.

MAZET, P. **El aporte de las interacciones precoces e la comprensión de las primeras relaciones padres-hijo**. Em A. Barriguete, P. Cardenes & B. Golse (Orgs.), *Adopción en el siglo XXI: Actualidades en el estudio multidisciplinario de la adopción* (pp.69-78) México: DIF .1999.

MAZET, P.; CUKIER-HEMEURY, F.;LATOCH, J., ROSENBLUN, O. ; SITBON, H. Étude historique et critique. Em S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Orgs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 15-39). Paris: Eshel. 1989.

MELLO FILHO, J. *O ser e o viver – uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.

MOERK, E. L. Sequential analyses, multiple controlling stimuli, and temporal patterning in firstlanguage transmission. *The Analysis of Verbal Behavior*, 16, 63-80.1999.

MOERK, E. L. Relationships between parental input frequencies and children's language acquisition: A reanalysis of Brown's data. *Journal of Child Language*, 7, 105-118.1978.

MOERK, E. L. A behavioral analysis of controversial topics in first language acquisition: Reinforcements, corrections, modeling, input frequencies, and the three-term contingency pattern. *Journal of Psycholinguistic Research*, 12, 129-155.1983.

MOERK, E. L. Three-term contingency patterns in motherchild verbal interactions during first-language acquisition. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 54, 293-305.1990.

MOGFORD, K; BISHOP D. **Desenvolvimento da linguagem em condições normais**. In: Bishop D, Mogford K, organizadores. *Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais*. Rio de Janeiro: Revinter; p.1-26. 2002.

MONDARDO, A.H.;VALENTINA, D.D. Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (3), 621-630. 1998.

MORAES, I.; PINHEIRO, R.; SILVA, R.; HORTA, B.; SOUZA, P.; FARIA, A. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. *Revista de Saúde Pública*, 40, 1, 65-70. 2006.

MOTTA, M.; LUCION, A.;MANFRO, G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 27, 2, 165-176.2005.

MURRAY, L.; STANLEY, C.; HOOPER, R.; KING, F. ; FIORI-COWLEY, A. **The role of infant factors in post-natal depression and motherinfant interactions**. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38, 109-119.1996.

MURRAY, L.;COOPER, P. **The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes**. In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 111-135). New York:

Guilford.1997.

MURRAY, L.; KEMPTON, C.; WOOGAR, M.;HOOPER, R. **Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development.** *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 34, 7, 1083-1101.1993.

NASIO, J. D. *5 Lições sobre a teoria de Jaques Lacan.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

O'HARA, M. **The nature of postpartum depressive disorders.** In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford. 1997.

OMS. *Salude mental: nuevos conecimientos, nuevas esperanzas.* Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS. 2001.

PALLADINO R.R.R; CUNHA M.C; PAULA SOUZA L.A. **Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças.** *Psicanal Univ*; 21:95-108. 2004.

PAPOUSEK, H. ; PAPOUSEK, M. **Fragile Aspects of Early Social Integration.** In: Murray, L. & Cooper, P. J. (editors). *Postpartum depression and child development* (35-53). New York: The Guilford Press. 1997.

PERISSINOTO J. **Diagnóstico de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico.** In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. *Tratado de fonoaudiologia.* São Paulo: Editora Roca. p. 933-40. 2004

PERRY B; POLARD R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 7:33-51. 1998.

PERRONI MC. **Desenvolvimento do discurso narrativo.** São Paulo: Martins Fontes. 1992.

PICCININI, C. A.; GRILL, A. G.; MOREIRA, L. E; LOPES, R. S. **Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 20, n. 3, 2004.

PICCININI, CESAR AUGUSTO ET AL. **Diferentes Perspectivas na Análise da Interação Pais-Bebê/Criança.** *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. vol.14, n.3, pp. 469-485. ISSN 0102-7972. doi: 10.1590/S0102-79722001000300004. 2001.

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

PLOTSKY P.M; OWENS M.J; NEMEROFF C.B. **Psychoneuroendocrinology of depression: hypothalamic-pituitary-adrenal axis.** *Psyquiatr Clin North Am.*;21(2):293-307. 1998

RADKE-YARROW, M.; CUMMINGS, E.; KUCZYNSKI, L.;CHAPMAN, M. Patterns of attachment in two and three years olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893. 1995.

RADKE-YARROW M.;NOTTELMANN, E.; BELMONT, B.; WELSH, J. D. **Affective**

- interactions of depressed and nondepressed mothers and their children.** *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(6), 683-695. 1993.
- RADKE-YARROW, M. ; ZAHN-WAXLER, C. Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349-366. 1990.
- RADKE-YARROW, M. *Children of depressed mothers: from early childhood to maturity*. New York: Cambridge University Press. 1998.
- RAMOS, A.P.F. ; FRÓES, G.M.C. ; MALDANER, R.D.; ROSA, D.S.; SOARES, S.A.V. **Análise da sintonia interacional em díades mãe-filho em aquisição típica e atípica de linguagem oral:** repensando a clínica fonoaudiológica. *Aletheia*, n.15, p. 47-62. 2002.
- RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez: A história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RECCHIA, I.C. **Retardo de Aquisição da linguagem oral com limitações práticas: dialogia e função materna no processo terapêutico.** Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria. 2009.
- RIBES, E. ; QUINTANA, C. Mother-child linguistic interactions and behavioral development: A multidimensional observational. *The Behavior Analyst Today*, 3, 442-454. 2003.
- ROBSON, C. *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Cambridge: Blackwell. 1993.
- RUBINO, R. (1989) **Representando o Interlocutor Vocal no Período Pré-Linguístico.** Dissertação de Mestrado. SP: PUC-SP.
- SANTOS, M. A. **A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana:** uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 3. Porto Alegre, 1999.
- SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psico-USF**, Itatiba, São Paulo, v. 12, n.2, p. 319-326, 2007.
- SCHERMANN, L.; HAGEKULL, B.; BOHLIN, G., PERSSON, K. ; SEDIN, G. **Interaction of mothers and infants born at risk during the first 6 months of corrected age.** *Acta Paediatrica*, 86, 864-872. 1997.
- SCHERMANN, L. **Interação materno-filial: Estudo longitudinal (de 0 a 6 meses) com pares mãe-criança de crianças prematuras e a termo.** Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP. 1986.
- SCHERMANN, L. Observação do comportamento social. *Psico*, 30(2), 95-102. 1999.
- SCHWENGBER, D.D.S. ; PICCININI, C.A. **Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida.** *Psic.: Teor. e Pesq.* V.20 n.3. 2004.



SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. **O Impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** *Estudos de Psicologia*. PUC Campinas, volume 22, número 2, p.143-156, dez. 2005.

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

SCHWENGBER, D. D. S. ; PICCININI, C. A. **Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre.** Trabalho não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2001.

SEINER, S. H.;GELFAND, D. M. Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions.*Child Development*, 66(5), 1519-1528. 1995.

SIERRA MANZANO JM; CARRO GARCÍA C;LADRON MORENO E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria*; 30(2): 103-11. 2002.

SKUSE D.H. **Privações extremas na primeira infância.** In: Bishop D, Mogford K. Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro: Revinter; p. 27-50. 2002.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da Gravidez, parto e puerpério.** 6º ed. Porto Alegre: ArtMed. 1992.

SOTTO-MAYOR, I. M. B. de; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 135-148, 2005.

SOUZA, A. D. **Atenção compartilhada e condutas autistas em crianças com e sem deficiência visual congênita.** Dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003.

SOUZA, C. B. A. **Adquisición de competencias lingüísticas: Una propuesta de análisis funcional.** Tese de doutorado não-publicada, Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. 2001.

SPITZ, R. A. "**O Primeiro ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**". Trad. Erothildes Millan Barros da Rocha. Revisão Estela dos Santos Abreu. São Paulo: Martins Fontes. 1988.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes. 2000.

STERN, D., STERN-BRUSCHMEILER, N. & FREELAND, A. El nacimiento de una madre. España: Paidós.1999.

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

STERN, D. N. The interpersonal world of the child. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books. 1985.

STERN, D. N. *The first relationship infant and mother*. Cambridge: Harvard University. 1977.

SZEJER, M. *Palavras para nascer*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1997). 1999.

SZEJER, M. ; STEWART, R. Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1994).1997.

TAMIS-LEMONDA, C. ; BORNSTEIN, M. Habituation and maternal encouragement of attention in infancy as predictors of toddler language, play and representational competence. *Child Development*, 60(3), 738-751. 1989.

TETI, D. M. ; GELFAND, D. M. Behavioural competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 919-929. 1991.

TOMASELLO, M. *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2003.

TRONICK, E. Z. ; WEINBERG, M.K. **Depressed mother and infants: failure to form dyadic states of consciousness**. In: Murray, L. & Cooper, P.J. (editors). *Postpartum depression and child development* (54-81). New York: The Guilford Press .1997.

VYGOTSKY LS. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

WINNICOTT, D. W. *Os Bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. 2002.

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Sandler. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 282p. Título Original: Home Is Where We Start From. 1999.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. 1975.

WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

WINNICOTT, D. W. *A Família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2001

WINNICOTT, D. W. *O Ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. Em D.W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1958). 1983.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DO ESTUDO:** Análise da relação entre Depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil

**PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL(S):** Janaína Pereira Pretto Carlesso

**INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO:** Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia

**TELEFONE PARA CONTATO:** 55- 91456770

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Hospital Universitário de Santa Maria e Serviço de Atendimento Fonoaudiológico – UFSM.

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário (a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal promover a saúde mental, de linguagem e comunicação do (a) seu (sua) filho (a), buscando impedir que ele (a) apresente distúrbios no seu desenvolvimento, através da orientação familiar e terapia da criança quando necessária.

2 – A coleta de dados inclui entrevistas e avaliações psicológicas, filmagem de interações entre a criança e sua mãe, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, via destruição das fitas, após análise, em um período de três anos. As sessões terapêuticas com a mãe-bebê serão documentadas em relatórios escritos que também serão alvo de análises.

3 – A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados no desenvolvimento de seu filho, impedindo distúrbios no mesmo.

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos realizando a pesquisa. Será indicada a mesma intervenção em caso de você não autorizar a pesquisa.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade da terapia de seu (sua) filho (a).

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 - Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também

não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11 – Mantenho como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Se as mães concordarem, poderemos criar banco de imagens para aulas teóricas, a partir da assinatura de termo específico para isso.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com a psicóloga/mestranda Janaína Pereira Pretto Carlesso sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

---

N. identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Assinatura do responsável pelo estudo

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)

**ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CRIAÇÃO DE BANCO DE IMAGENS**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, autorizo a psicóloga/mestranda Janaína Pereira Pretto Carlesso a utilizar as filmagens realizadas comigo e meu filho para fins acadêmicos, sobretudo em aulas teóricas com alunos de Fonoaudiologia para formação dos mesmos, sobre o tema de sua pesquisa, o que me foi esclarecido anteriormente.

Foram fornecidas garantias de que tal banco de imagens tem fins pedagógicos e que há um compromisso ético em relação à divulgação de dados confidenciais meus e de meu filho fora dos momentos acadêmicos. Ficou assegurado que, a qualquer momento, posso solicitar a destruição ou devolução das filmagens para minha pessoa.

Este termo está assinado em duas vias, uma fica em minha posse.

Assinatura do Voluntário: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

**Nome do pesquisador:** Janaína Pereira Pretto Carlesso

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_

**ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA  
DEPARTAMENTO DE FONAUDIOLOGIA  
FUNÇÕES PARENTAIS E RISCO PARA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM:  
INTERVENÇÕES FONAUDIOLÓGICAS**

**Roteiro de Entrevista para as Mães**

**Identificação da Mãe:**

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

**Variáveis Sociodemográficas e Histórico Obstétrico das puérperas**

**Estado Civil:**

Solteira ( ) Casada ( ) Separada ( ) Viúva ( ) outra: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Superior ( )

**Ocupação:**

Dona de casa ( )

Outras ( ) \_\_\_\_\_

**Número de gestações:**

Cinco ou mais ( ) Duas a quatro ( ) Uma ( )

**Número de partos:**

Cinco ou mais ( ) Duas a quatro ( ) Um ( )

**História de aborto:** Não ( ) Sim ( )

**História de partos prematuros:** Não ( ) Sim ( )

**Número de consultas pré-natal:**

Nenhuma ( ) Até 5 ( ) Seis ou mais consultas ( )

**Número de filhos:** Nenhum ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais ( )

---

---

---

---

---

**Características Obstétricas das puérperas, dos recém-nascidos, tipo de aleitamento e suporte social.**

**Planejamento da gestação:** Planejada ( ) Não planejada ( ) Indesejada ( )





## ANEXO IV - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Data de aplicação:** \_\_\_\_\_ **Pontuação:** \_\_\_\_\_

### Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

#### 1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

#### 2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

#### 3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

#### 4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

**5.**

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

**6.**

- 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Sinto que mereço ser punido(a).
- 3 Sinto que estou a ser punido(a).

**7.**

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
- 3 Eu odeio-me.

**8.**

- 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
- 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

**9.**

- 0 Não tenho qualquer idéia de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

**10.**

- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

**11.**

- 0 Não me irrita mais do que costumava.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

**12.**

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

**13.**

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

**14.**

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

**15.**

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

**16.**

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

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

**17.**

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

**18.**

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

**19.**

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**20.**

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

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

**21.**

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

**Total:** \_\_\_\_\_

**Classificação:** \_\_\_\_\_

**ANEXO V - INDICADORES CLÍNICOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDIS)**

**Nomes (mãe e bebê):** \_\_\_\_\_

**DN: mãe:** \_\_\_\_\_ **bebê:** \_\_\_\_\_

**Examinador (a):** \_\_\_\_\_

<b>Idade em meses:</b>	<b>Indicadores:</b>
<b>0 a 4 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.</li><li>2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</li><li>3. A criança reage ao manhês.</li><li>4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</li><li>5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</li></ol>
<b>4 a 8 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</li><li>7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</li><li>8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</li></ol>
<b>8 a 12 incompletos:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</li><li>10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</li><li>11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</li><li>12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</li><li>13. A criança faz gracinhas.</li><li>14. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</li></ol>
<b>12 a 18 meses:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</li><li>16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</li><li>17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</li><li>18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</li></ol>

## **ANEXO VI - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA**

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

**Debate:** encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

**Artigos Temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês.

Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no

máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.



2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF<sup>11</sup> ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### **Exemplos de como citar referências**

#### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.  
Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

## ANEXO VII - NORMAS DA REVISTA SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA

### Forma e preparação dos manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de outubro de 2007, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

### Requisitos técnicos:

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

- a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e declaração de direitos autorais;
- b) aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
- c) cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso;
- d) Declaração de conflitos de interesse, quando pertinente.

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitadas em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: página de identificação, Resumo e descritores, Abstract e keywords, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), Agradecimentos, Referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas. O número total de páginas do manuscrito (incluindo tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar 30 páginas.

### Página de identificação:

- Deve conter:
- a) título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
  - b) título do artigo resumido com até 40 caracteres;
  - c) nome completo de cada autor, seguido do departamento e/ou instituição;
  - d) departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
  - e) nome, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
  - f) fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
  - g) declaração de inexistência de conflitos de interesse de cada autor

### Resumo e descritores:

A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com a seção em que o artigo se encaixa, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em português: Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusões; em inglês: *Purpose, Methods, Results, Conclusion*. Para

Artigos de revisão e Relatos de caso o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

**Texto:**

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e sem nenhuma referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“... *Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensorio-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora*<sup>(11-12)</sup> ...”

Palavras ou expressões em inglês, que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso.

No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, figuras, quadros e anexos da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações), quadros e anexos devem ser em preto e branco, dispostas ao final do artigo, após as referências.

**Agradecimentos:**

Inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa.

**Referências:**

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Recomenda-se utilizar referências publicadas nos últimos dez anos.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*

**ARTIGOS DE PERIÓDICOS**

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML *et al.* Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

## *LIVROS*

Northern J, Downs M. Hearing in children. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

## *CAPÍTULO DE LIVROS*

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

## *CAPÍTULO DE LIVRO (mesma autoria)*

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-82.

## *TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS*

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10; Toronto. Proceedings. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

## *DISSERTAÇÕES E TESES*

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

## *DOCUMENTOS ELETRÔNICOS*

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens} Available from: [http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis\\_media.htm](http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm)

### **Tabelas:**

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

### **Quadros:**

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros.



**Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações):**

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ser em preto e branco, com qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco), e apresentar título em legenda, digitados em letra Arial 8. As figuras poderão ser anexadas como documentos suplementares em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da Revista, o processo de digitalização de imagens (“scan”) deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar *800 dpi/bitmap* para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar *300 dpi/RGB* ou *grayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão *.tif* e/ou *.jpg*. Também serão aceitos arquivos com extensão *.xls* (Excel), *.cdr* (CorelDraw), *.eps*, *.wmf* para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Serão aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

**Legendas:**

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

**Abreviaturas e siglas:**

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As legendas das tabelas, quadros, figuras e anexos devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

**Envio de manuscrito:**

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo sistema de editoração *online*, disponível em <http://submission.scielo.br/index.php/rsbf/index>.

Os autores dos artigos não poderão submeter seus trabalhos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que os mesmos sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - RSBFa em outro periódico.

Os autores dos artigos selecionados para publicação serão notificados, e receberão instruções relacionadas aos procedimentos editoriais técnicos. Os autores de manuscritos não selecionados para publicação receberão notificação com os motivos da recusa.

## ANEXO VIII - NORMAS REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA

1. Os manuscritos deverão ser escritos *preferencialmente* em português, conforme os padrões editoriais estabelecidos nestas “Normas”, que são adaptadas da 6ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association (APA)*, de 2010. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos os *Manuais de Normalização de Trabalhos Científicos* disponibilizados no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Psi ULAPSI Brasil) <<http://www.bvs-psi.org.br/>>

O arquivo do manuscrito deve incluir: título em português, título abreviado, resumo e palavras-chave, título em inglês, *abstract* e *keywords*, texto do trabalho organizado em seções (com respectivos subtítulos), seguido da lista de referências bibliográficas. Após estas, se houver, tabelas, figuras, notas e apêndices.

O arquivo do manuscrito deve ser depositado no *website* da Revista, depois de atendidas as exigências de cadastramento da submissão que ali são indicadas. Esse arquivo deve estar em formato de qualquer processador de texto conversível ao padrão *Word for Windows*. Não serão aceitos arquivos que contenham recursos especiais de edição, como marcas de controle de revisão, hifenização, ou macros.

Segue abaixo os itens para apresentação do manuscrito:

Formatação: Folha A4;

Margens: esquerda 3,0 cm; demais lados 2,0cm;

Nº de páginas no canto superior direito em algarismos arábicos.

*Obs:* numerar a partir da folha de rosto.

Fonte: *Times New Roman*, corpo 12

Entrelinhamento duplo em toda a sua extensão.

É fundamental que o material **não contenha qualquer forma de identificação da autoria**, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, bem como informações contidas nos campos das propriedades do documento (para retirar informações do autor nas propriedades do documento, vá em “Arquivo” -> “Propriedades” para versões anteriores ao *Microsoft Office 2007*, e “Arquivo” -> “Preparar” -> “Propriedades” para *Microsoft Office 2007*).

2. As páginas iniciais deverão conter:

(a) título do manuscrito;

(b) sugestão de título abreviado;

(c) resumo em português, com mínimo de 100 e máximo de 150 palavras no caso de relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas; e 50 a 100, no caso de relatos de experiência profissional e notas técnicas;

(d) indicação de três a cinco palavras-chave em português, em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula.

(e) título do manuscrito em inglês (tradução do título em português);

(f) *abstract* (tradução do resumo para o inglês);

(g) indicação de três a cinco *keywords* (tradução das palavras-chave para o inglês), em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula. *Obs:* atentar para a qualidade das palavras-chave e não incluir frases.

3. Os limites de páginas abaixo discriminados incluem folha de rosto, resumo, abstract, texto, figuras, tabelas, referências bibliográficas, notas e apêndices:

(a) **25 páginas** para relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas da literatura;

(b) **15 páginas** para relatos de experiência profissional e notas técnicas;

(c) **5 páginas** para resenhas.

4. As **figuras e tabelas** deverão ser incluídas em arquivos separados e cadastrados no campo destinado a “documentos suplementares”, identificadas com número e título, e elaboradas conforme os seguintes padrões: em preto e branco ou colorido, fonte 10, entrelinhamento simples e não poderão exceder o tamanho de 17,5 x 23,5 cm. Como devem ser cadastrados em documentos separados, é necessário indicar no corpo do texto o local aproximado onde cada uma delas deve ser incluída. O aproveitamento final desse material poderá ficar condicionado ao envio de arquivo em formatos especiais dos *softwares* correspondentes, como pode ocorrer no caso de certos gráficos, cópias digitalizadas, fotografias e outras ilustrações.

5. As **referências bibliográficas** deverão ser relacionadas alfabeticamente, no final do texto, pelos nomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 6<sup>a</sup> edição do *Publication Manual da American Psychological Association (APA)*, de 2010. Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação, incluindo caracteres em itálico e recuo de aproximadamente 5 espaços a partir da segunda linha, em formatação que deve ser empregada nos manuscritos submetidos à Revista:

5.1. *Livros e obras tomados na íntegra:*

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Sabadini, A. A. Z. P., Sampaio, M. I., & Koller, S. H. (2009). (Orgs.). *Publicar em Psicologia: um enfoque para a revista científica* [versão em PDF]. Recuperado de <http://publicarempsicologia.blogspot.com/>

### 5.2. Capítulos de coletâneas:

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

Rocha, N. M. S., & Alencar, M. A. (2009). Pioneiros da Psicologia brasileira: diversidade e ética. In M. A. T. Ribeiro, J. S. Bernardes, & C. E. Lang (Orgs.), *A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em Psicologia* (pp. 207-230). São Paulo: Casa do Psicólogo.

### 5.3. Artigos em periódicos científicos:

Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 364-372. doi: 10.1590/S0102-71822009000300010

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

Nicolaci-da-Costa, A. M., Romão-Dias, D., & Di Luccio, F. (2009). Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 36-43.

Yamamoto, O. H., Koller, S. H., Guedes, M. C., LoBianco, A. C., Sá, C. P., Hutz, C. S., ... Menandro, P. R. M. (1999). Periódicos científicos em Psicologia: uma proposta de avaliação. *Infocapes*, 7(3), 5-11.

### 5.4. Dissertações e teses:

Ferreira, J. H. B. P. (2009). *Sócio-sexualidade e Desconto do Futuro: mecanismo de alocação de investimento e tomada de decisão* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Paiva, I. L. (2008). *Os novos quixotes da Psicologia e a prática social no âmbito do "terceiro setor"* (Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de [http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1982](http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1982)

Observação: informar sítio da internet, no caso de dissertações e teses acessadas em banco de dados digitais.

### 5.5. Trabalhos não-publicados ou no prelo:

Ting, J. Y., Florsheim, P., & Huang, W. (2008). *Mental health help-seeking in ethnic minority populations: a theoretical perspective*. Manuscrito submetido para publicação.

Goulart, P. M. (no prelo). Adaptação do Questionário sobre Significados do trabalho – QST à cultura brasileira. *Estudos de Psicologia (Natal)*.

#### 5.6. Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais:

Meneghini, R., & Campos-de-Carvalho, M. I. (1995). Áreas circunscritas e agrupamentos sequenciais entre crianças em creches. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *XXV Reunião Anual de Psicologia. Resumos* (p. 385). Ribeirão Preto: Autor.

Trzesniak, P. (2009, maio). *23 anos de Psicologia: o acervo digital científico e administrativo da Anpepp*. Comunicação apresentada no 6º Congresso Norte Nordeste de Psicologia, Belém. Resumo recuperado de <http://www.conpsi6.ufba.br/>

#### 5.7. Trabalhos apresentados em eventos científicos e não-publicados:

Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991, fevereiro). *Disgust, disrespect and culture: moral judgment of victimless violation in the USA and Brazil*. Comunicação apresentada em Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

#### 5.8. Obra antiga e re-editada em data muito posterior e traduções:

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3ª ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Texto original publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

#### 5.9. Autoria institucional:

American Psychological Association. (2010). *Publication manual* (6ª ed.). Washington: Autor.

#### 5.10. Documentos legislativos:

*Decreto n. 3.298*. (1999, 20 de dezembro). Regulamenta a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (1996, 23 de dezembro). Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União, seção 1*.

*Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>

#### 5.11. Comunicações pessoais:

Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens de correio eletrônico **não** devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma *iniciais e sobrenome do emissor e data* (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

#### 5.12. Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de

Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores dos dois textos, conforme o exemplo: “Piaget (citado por Flavell, 1996)”.

#### 5.13. Material obtido da internet:

Os exemplos apresentados a seguir ilustram os casos mais comuns. Para um tratamento mais completo, recorrer ao Manual da APA, e/ou às informações disponíveis no *website* da APA: <http://www.apastyle.org/elecref.html>.

Associação de Moradores de Vila Real. (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Recuperado de <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>

*Precisamos vencer a dengue agora* (s/d). Recuperado de <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>

6. As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses e em ordem alfabética, seguindo o padrão:

- (a) até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;
- (b) de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de “et al.” e ano de publicação;
- (c) com seis autores ou mais, o sobrenome do primeiro autor seguido de “et al.” e ano em todas as citações.

7. No caso de **citação literal** assim como em **trecho de entrevista**, o excerto deve aparecer entre aspas, com indicação – logo após a citação – da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de 5 espaços com relação à margem esquerda do parágrafo (equivalente a 0,5cm do parágrafo). Observar as notações para apresentação de citações no *Publication Manual* da APA. Vide exemplo:

Keller (2002) afirma que a primeira tarefa do desenvolvimento da criança consiste em desenvolver relações de aprendizagem com os cuidadores primários, e conceitua a aprendizagem como:

um processo de desenvolvimento, guiado por regras epigenéticas que direcionam a atenção dos bebês para seus parceiros sociais e permitem uma aprendizagem facilitada dos parâmetros que definem as relações dentro de um contexto específico e, conseqüentemente, o desenvolvimento de um self contextual (p. 217).

Para explicar as regras epigenéticas, Keller (2002) utiliza dois conceitos cunhados por Mayr (1988): os programas fixos e os programas abertos.

8. As **notas de rodapé** devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto. Notas bibliográficas não são recomendadas.

9. Qualquer material adicional considerado indispensável para a compreensão do texto (questionários, protocolos de entrevista, testes, etc.) ou tabelas muito longas devem ser apresentados em **Apêndice**, em nova página, identificados por letras maiúsculas (Apêndice A, Apêndice B, etc.). A numeração de cada tabela apresentada no apêndice deve ser precedida pela letra identificadora do apêndice (Tabela A1, Tabela C4, etc.). Para detalhes, consultar o Manual de Publicações da APA.

### **Procedimentos de submissão e avaliação dos manuscritos**

Os manuscritos que se enquadrarem nas modalidades de trabalho especificadas acima e seguirem rigorosamente as normas de apresentação do manuscrito, passarão pelo seguinte procedimento:

1. Avaliação preliminar – serão avaliadas a qualidade e a pertinência do conteúdo do manuscrito aos eixos temáticos de interesse da Revista, considerando-se a originalidade e a coerência teórico-metodológica, em função da seção em que o manuscrito for submetido. Tal avaliação será realizada pela editoria da *Estudos de Psicologia (Natal)* e, eventualmente, por um membro da Comissão Editorial ou do Conselho Científico da Revista e poderá resultar na recusa do trâmite.

2. Verificação inicial – será checado se o manuscrito atende satisfatoriamente aos requisitos de:

- a) Não conter qualquer forma de identificação de autoria;
- b) Estar plenamente adequado às normas da 6ª edição do *Publication Manual da American*

*Psychological Association* (APA), de 2010;

c) Estar com o número de páginas dentro do limite estipulado para a seção em que foi submetido.

O descumprimento de **qualquer um** desses três itens é suficiente para a **recusa inicial** do material, motivo pelo qual recomendamos aos autores que façam um minucioso *check-list* de seus manuscritos, antes da submissão. Enfatizamos que manuscritos recusados **duas vezes** por inadequação a esses itens não serão novamente recebidos.

3. Avaliação por pares – encaminhamento para emissão de um mínimo de dois pareceres por membros do Conselho Científico da Revista e/ou consultores *ad hoc*, com possibilidade de recomendação para aceitação, reformulação ou recusa do manuscrito.

#### 4. Notificação aos autores:

a) Decisão editorial preliminar – notificação de recomendação para reformulação, com a maior brevidade possível e disponibilização de cópias integrais dos pareceres, preservadas as identidades dos consultores. Os manuscritos reformulados serão examinados pela Comissão Editorial, que decidirá, com base nas recomendações dos consultores, pela **aceitação** para publicação, pela necessidade de **reformulações adicionais** ou, ainda, pela **recusa**. Em caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se **o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização** conforme os parâmetros editoriais da Revista;

b) Decisão editorial – notificação da decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito, sempre pela editoria.

Reiteramos que o processo de avaliação por parte de pares utiliza o sistema de *double blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. Por este motivo é que a não identificação de autoria do manuscrito é critério imprescindível para o início do trâmite de avaliação.

#### **Direitos Autorais**

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na Revista

**Estudos de Psicologia (Natal)**, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará, não obstante, a deter os direitos autorais para publicações posteriores. No caso de republicação dos artigos em outros veículos, recomenda-se a menção à primeira publicação em **Estudos de Psicologia (Natal)**.



