

Paternidade e constituição psíquica do bebê no contexto de depressão materna: uma avaliação
através do instrumento IRDI.

Fernanda Torzeczki Trage

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Psicologia – Infância e Família- Avaliação, Prevenção e Intervenção– sob orientação da
Prof. Dra. Milena da Rosa Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, Março/2015

A voz é aquilo por meio do que o bebê é simbolizado no Outro, porquanto ele é representado, falado, vocalizado em relação ao outro. Pela voz de outros homens, o recém-nascido deixa de ser apenas um corpo, e passa a ser um ser inserido no simbólico.

Szejer, 1999.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Fernando e Isonete e a minha irmã Vanessa, que apesar da distância estiveram sempre presentes, por todo amparo emocional e financeiro na concretização de mais uma etapa.

À minha orientadora Dra. Milena da Rosa Silva, pela orientação, dedicação, ensinamentos e confiança durante todo o processo de coleta de dados e escrita.

À Thais Selau, colega que participou da coleta de dados pelo auxílio no mesmo, bem como reflexões acerca dos casos.

Às amigas de Três de Maio, que apesar da distância estiveram sempre presentes, em especial à Poliana, que durante os dois anos de especialização esteve diariamente dividindo as alegrias, tristezas e preocupações, fundamental na adaptação em Porto Alegre.

À minha madrinha Maria de Lourdes, por estar sempre presente na minha vida.

Às colegas da especialização e a Universidade por contribuírem para a minha formação profissional e pessoal.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO	7
-------------------------	----------

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA.....	8
2.1 Depressão Pós Parto ou Materna.....	8
2.2 Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil –IRDI.....	10
2.3 Paternidade e depressão materna.....	12

CAPÍTULO III

MÉTODO.....	15
3.1 Participantes.....	15
3.2 Procedimentos.....	16
3.3 Análise dos dados.....	16

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
Resultados.....	18
Discussão.....	20

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS.....	26
-------------------------	-----------

ANEXOS.....29

 Anexo A.....29

RESUMO

Considerando que as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para as futuras relações e são a base fundante do psiquismo do bebê, as conseqüências da depressão materna pode estender-se para além da infância acarretando graves sintomas. Alguns estudos têm apontado que uma interação positiva entre o pai e o bebê poderia amenizar ou até mesmo compensar a falta de interação ou a interação insuficientemente boa entre a mãe e o bebê. Este estudo utilizou o instrumento Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil- IRDI para verificar a qualidade da interação mãe/bebê, pai/bebê de dois casos de mães com indicadores de depressão materna. Buscou, especialmente, verificar se o pai poderá suprir algumas demandas do bebê preservando a saúde emocional e psíquica do mesmo, assumindo – ao menos em parte – a função materna. Salienta-se a importância do apoio paterno nos cuidados diários do bebê, considerando-o como fonte de saúde emocional e psíquica, os cuidados dirigidos ao bebê tendem a atenuar os efeitos da falta de responsividade da mãe para o bebê, protegendo assim a saúde emocional da criança.

Palavras- chave: Depressão materna, interação, função paterna

ABSTRACT

The first interactions between babies and adults serve as a model for future relations and are the founding basis of infants psyche. However, there are many cases of maternal depression whose consequences may extend beyond childhood causing severe symptoms as consequences. Some studies have shown positive interactions between a father and baby could mitigate or even compensate the lack of synergy or insufficiently good interaction between the mother and baby. This study used the Child Development Clinical Risk Indicators (IRDI) instrument in order to assess two cases regarding the quality of mother/baby, father/baby and parents/baby interactions involving mothers with depression indicators. Our aim is, especially, to know if the father can meet some toddlers demands preserving their emotional and mental health, as well as embracing - at least partly - the maternal role. We emphasize the importance of fathers' support in everyday baby care, considering it as a source of emotional and mental health. Baby's daily care tend to mitigate the effects from the lack of responsiveness from mother to baby, along with infant's emotional health protection.

Keywords: Maternal depression, interaction, the paternal function

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Tem se observado que o primeiro ano após o nascimento de um filho representa um período propício para a ocorrência de sintomas de depressão entre as mães. Por esse crescente aparecimento de casos de depressão materna, bem como as repercussões negativas que esse estado estabelece na interação com o bebê, gerando prejuízos afetivos, sociais e cognitivos no bebê, o papel exercido pela depressão materna na interação mãe/bebê tem sido objeto de estudo de inúmeras pesquisas nos últimos anos. Os bebês tendem a ser vulneráveis ao impacto da depressão materna, pois eles dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe.

Acredita-se que, através da observação de bebês, pode-se verificar transtornos ainda em fase inicial e assim ameniza-los, pois acredita-se que os bebês de mães deprimidas apresentam mais freqüentemente alterações comportamentais, tais como a evitação do olhar, a apatia e adquirem a linguagem mais tardiamente.

Estudos tem apontado a participação do pai como fundamental para a saúde da companheira e também para o desenvolvimento dos filhos. O pai tem aparecido como principal base de apoio emocional para a mãe além de servir como modelo para identificação dos filhos. Alguns estudos têm apontado que uma interação positiva entre o pai e o bebê poderia amenizar ou até mesmo compensar a falta de interação ou a interação insuficientemente boa entre a mãe e o bebê. O contato entre o pai e o bebê, minimizaria o impacto da depressão materna, e o pai poderia servir para o bebê como um modelo positivo, sensível e responsivo às necessidades do seu filho. O presente estudo utilizou-se da ferramenta Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil –IRDI para verificar a implicação da mãe e do pai em alguns aspectos fundamentais para a constituição subjetiva do bebê. Utilizou-se de vídeos de interações mãe/bebê, pai/bebê e pai-mãe-bebê, os quais foram analisados através dos IRDIs, sendo analisados 2 casos. Buscou-se verificar se, em situações nas quais a mãe se encontra em depressão e com dificuldades de atender às necessidades do bebê, o pai poderia atender a essas necessidades de modo a garantir a sua constituição psíquica.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Depressão Pós-parto ou Materna

O termo depressão pós-parto é usado, pela maioria dos pesquisadores, para indicar episódios depressivos que ocorram nos meses do puerpério (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010). De acordo com os autores, os transtornos de humor mais comuns neste período são de três tipos, caracterizados principalmente em função de sua intensidade: *baby blues*, psicose pós-parto e depressão pós-parto. O quadro conhecido como *baby blues* é caracterizado por uma espécie de depressão leve, de caráter transitório, que é experienciada por grande parte das mães logo após o nascimento do bebê. A psicose pós-parto, por sua vez, é um transtorno bastante severo, caracterizado por sintomas psicóticos. Esse quadro é bem menos frequente, atingindo entre uma e quatro mulheres a cada 1000 partos. A depressão pós-parto estaria localizada, em termos de severidade, entre estes dois extremos. A depressão pós-parto (DPP) atinge aproximadamente 10 a 15% das mulheres, conforme a literatura internacional (Cutrona & Troutman, 1986; Klaus et al., 2000; Nonacs & Cohen, 2005), embora haja muitas divergências quanto a esta prevalência. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade e sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005).

A etiologia da DPP não é totalmente conhecida, porém estudos sugerem que seja multifatorial, envolvendo aspectos biológicos e psicossociais (ScharDOSim & Heldt, 2011). Além disso, é importante considerar que o parto e o período que se segue caracterizam um quadro de mudanças físicas, sociais e psicológicas na mulher, e que o nascimento representa uma experiência marcada por sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações e projeções. Sendo assim, é grande o risco de sofrimento psíquico, o qual pode se manifestar de distintas formas. Não existe consenso quanto ao diagnóstico, etiologia e tratamento da depressão pós-parto materna (ScharDOSim & Heldt, 2011). Quando a depressão da mãe ocorre durante as quatro semanas após o parto, esta é classificada pelo DSM-V (2013) como episódio de depressão maior com início no pós-parto. De acordo com a CID-10 (1997), a depressão pós-parto pode surgir durante as seis primeiras semanas após o parto. Contudo, diversos autores sugerem que, embora algumas

mães comecem a apresentar sintomas de depressão logo nas primeiras semanas após o parto, um quadro de depressão pode desenvolver-se em qualquer momento do primeiro ano de vida do bebê, estando ainda fortemente relacionado às questões do puerpério (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Nonacs & Cohen, 2005). Assim, a depressão materna poderia ser caracterizada como pós-parto mesmo ocorrendo vários meses após este evento. De qualquer forma, para evitar esses impasses conceituais, neste trabalho se optou por utilizar o termo depressão materna, pois se trabalha com a ideia de que são quadros que tem relação com a maternidade, mesmo que não ocorram imediatamente após o parto.

Um tema de interesse para os pesquisadores é a investigação acerca das possíveis consequências da depressão materna para o desenvolvimento infantil; porém, não há concordância na literatura a respeito desse assunto. Em pesquisa realizada por Moraes, Lucci e Otta (2013), em São Paulo, não foram encontrados prejuízos para o desenvolvimento infantil que pudessem ser atribuídos à depressão materna. Segundo a conclusão dos próprios autores, seria necessário considerar fatores externos e internos da mãe e do bebê para avaliar os efeitos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento infantil (Moraes, Lucci & Otta, 2013). Além disso, um estudo de Fonseca, Silva e Otta, também realizado em São Paulo, buscou verificar a relação entre depressão pós-parto e qualidade da interação mãe-bebê. A partir da comparação entre grupo estudo, formado por mães com depressão pós-parto e seus filhos aos quatro meses de idade, e grupo controle, com mães sem depressão pós-parto e seus filhos aos quatro meses, os autores concluíram, pela insignificante diferença entre os grupos na Escala de Disponibilidade Emocional de Biringen et al., que a qualidade da interação não é amplamente afetada pela sintomatologia depressiva materna (Fonseca, Silva & Otta, 2010). Por outro lado, as revisões da literatura feita por Calleso e Souza (2011), Brum e Schermann (2006) e Piccoloto e Muller (2005) apontaram que a depressão materna não afeta somente a mãe, mas o desenvolvimento global do bebê, podendo influenciar negativamente a aquisição da linguagem da criança, o comportamento e causar desordens afetivas, cognitivas e sociais. Além disso, Silva, Souza, Moreira e Genestra (2003) enfatizaram as possíveis repercussões diretas na relação mãe-bebê, que podem ser precoces e se manifestam como: negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, machucados "acidentais" no bebê; ou tardias, como desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbios do comportamento.

Segundo Piccinini e Schwengber (2003), mesmo nas formas mais brandas a depressão materna no pós-parto pode afetar o bebê, em função da sua sensibilidade para perceber as mínimas deficiências da contingência e no comportamento materno. Apesar disso, concluíram os autores, o impacto da depressão na criança vai depender dos efeitos causados na cognição, no comportamento e nas emoções da mãe.

Do ponto de vista da psicanálise, a depressão não constitui uma estrutura clínica, como a neurose ou a psicose, mas sim um estado que pode se manifestar em qualquer uma das estruturas. Nesse sentido, a depressão materna não se constituiria como um diagnóstico, mas como um sintoma, possivelmente apontando para dificuldades relativas à transição para a maternidade ou ao laço inicial mãe-bebê. É preciso considerar que o nascimento de um filho geralmente desencadeia, na mulher, um processo de reordenação psíquica que envolve três grandes momentos, os quais são vividos de forma diferentes por cada pessoa: a transformação da filha em mãe, a transformação da autoimagem corporal e a relação entre a sexualidade e a maternidade (Iaconelli, 2005). Assim, pode-se pensar que os efeitos da depressão materna sobre a relação mãe-bebê são muito variáveis, como são múltiplas as possibilidades de manifestação deste sintoma. Ainda, do ponto de vista da psicanálise, seria necessário atentar para os possíveis efeitos deste contexto sobre a constituição psíquica do bebê, que depende integralmente da função materna.

2.2 Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil-IRDI

O IRDI (Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) é um instrumento para a avaliação de risco para o desenvolvimento infantil e, mais especificamente, para a constituição psíquica. Inicialmente criado para ser utilizado por profissionais da área da saúde, principalmente por pediatras nas consultas com bebês, o instrumento foi validado através da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (Kupfer, 2009), tendo como objetivo a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Segundo Bernardino e Mariotto (2008), o pressuposto que norteia o instrumento é o de que as bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). O IRDI se fundamenta na teoria psicanalítica, tendo como base principal as teorias de Freud, Lacan e Winnicott. A partir desses autores, estabelece quatro eixos teóricos os quais são fundamentais para a constituição psíquica. Os eixos foram chamados de suposição do

sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. Para Kupfer (2009), o trabalho materno se tece gradualmente em torno desses quatro eixos, e tem como resultado a instalação de um sujeito psíquico, a partir do qual o desenvolvimento de uma criança se organiza. A seguir, serão descritos estes quatro eixos, conforme pormenorizado por Kupfer (2009): A “suposição do sujeito” (SS) caracteriza uma antecipação da presença de um sujeito psíquico no bebê, que é realizada pela mãe ou pelo cuidador, pois até o momento o bebê não se encontra constituído como sujeito. Para que haja a constituição se faz necessária a antecipação, que a mãe dê sentido aos apelos do bebê e o veja como um ser único e capaz, como humano. No momento em que a mãe faz essa antecipação ela gera grande prazer ao bebê, de forma que esse gesto vem sempre acompanhado de carinho, entonações de voz, caracterizando-se como manhês, dessa forma o bebê responderá ao apelo da mãe, buscando atender ao que lhe foi antecipado. O “estabelecimento da demanda” (ED) trata das reações reflexas e involuntárias primárias apresentadas pelo bebê ao nascer, tais como o choro, agitação motora e sucção, as quais são interpretadas pela mãe como um pedido do bebê dirigido a ela. Inconscientemente, a figura materna é conduzida a reconhecer em cada gesto de seu filho um sinal de demanda endereçada a ela. Com esse reconhecimento dela se constrói uma demanda, que estará na base de toda a atividade posterior de linguagem e de relação com os outros. A “alternância presença/ausência” (PA) caracteriza as ações da mãe ou do cuidador em relação às respostas físicas e simbólicas dadas ao bebê. Deve haver uma alternância entre as duas respostas, não devendo ser sempre presença, nem sempre ausência. Isso fará com que a criança desenvolva a sua capacidade para a sua simbolização. A “função paterna” (FP) implica os efeitos na criança dessa função, as quais balizam as ações maternas. Esta função encontra-se no lugar de terceiro na relação mãe-bebê. Ela entra na relação com a função de transmitir para o bebê e também para a mãe regras e normas, introduzindo o não em suas vidas. Fazendo com que haja uma separação simbólica do duo, impedindo que a mãe considere o bebê um objeto destinado unicamente para a sua satisfação. Sendo assim, a função paterna permitirá a separação e a diferenciação do bebê em relação às palavras e ao corpo materno. A partir desses eixos teóricos, que estão entrelaçados aos cuidados que a mãe dirige ao bebê e também às produções que a criança realiza durante o seu desenvolvimento, o instrumento aponta 31 itens, divididos por faixa etária. Estes podem ser apreendidos por meio da observação direta da relação do cuidador com o bebê ou por meio de inquérito, nos primeiros 18 meses de vida da criança (Bernardino & Mariotto, 2013). O instrumento foi validado para

apontar risco de problemas de desenvolvimento e risco de problemas na constituição subjetiva, ou seja, privilegiou-se a investigação da articulação entre desenvolvimento e sujeito psíquico. Kupfer (2009) sinaliza que quatro indicadores, isoladamente, e três grupos de indicadores apresentam uma tendência em direção ao risco de entraves no processo de constituição do sujeito, sendo eles: 1, 2, 3, 4 e 5; 6, 7, 8 e 9; 16 e 22; 23, 24, 26 e 30. A presença desse conjunto de indicadores tem valor de resiliência. Assim, o IRDI pode ser utilizado como um conjunto de indicadores válidos para a avaliação da saúde psíquica do bebê. Neste estudo, propõe-se que ele seja utilizado para a avaliação da constituição psíquica de bebês no contexto da depressão materna.

2.3 Paternidade e depressão materna

Os estudos referentes à participação paterna junto à depressão materna ainda são pouco pesquisados, conforme Silva (2007) que teorizou sobre o mesmo. Através de uma revisão sobre o tema, aponta que os estudos que tem abordado o papel do pai como um fator de proteção – ou de risco – para a saúde mental da mãe, têm focado dois aspectos: o pai como marido, referindo-se às relações entre qualidade do relacionamento conjugal e depressão materna, e o pai como cuidador, destacando sua participação na criação dos filhos e na realização de tarefas domésticas, sendo que esse aspecto aparece como um fator de origem ou de agravamento no quadro de depressão materna (quando sua participação é pequena). Através de estudos realizados com famílias de diferentes países, a revisão feita por Silva (2007) apontou que quando a mãe não dispõe do apoio do companheiro, ela tende a ficar desapontada, e a avaliar o par e o relacionamento conjugal de maneira mais negativa. Isto, por sua vez, teria um efeito negativo sobre suas condições emocionais. Para Moraes (2013) os conflitos conjugais agravam a depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento extra-bebê mais importante para a mãe. Por ser um período diferenciado de vida, é fundamental o suporte paterno, sendo que esse é muito importante no sentido de evitar o desenvolvimento ou piora de sintomas depressivos. Em um estudo longitudinal realizado com 102 casais israelenses, segundo Silva (2007) foi constatado que quanto maior o envolvimento do pai com seu bebê, menor era o declínio experienciado pelas mães na qualidade do relacionamento conjugal. Acredita-se que esse fator liga-se principalmente ao nível prático, ou seja o envolvimento paterno com os cuidados do bebê reduz a sobrecarga da mãe e permite que ela realize outras atividades, que lhe dêem prazer; e também relacionado ao nível emocional, a mãe vê o envolvimento do pai com o bebê como um ato de amor e carinho também em relação

a ela. Além disso, o envolvimento paterno pode aumentar a capacidade de empatia do pai, fazendo-o compreender melhor as dificuldades vividas pela mãe no dia-a-dia com o bebê.

Isso vai ao encontro das considerações de Winnicott (1965/1979) a respeito da função do pai no início da vida do bebê. Para ele, o pai constitui-se como fonte de apoio para a mãe, ajudando-a a sentir-se bem em seu corpo e feliz em seu espírito; sendo o sustentador da autoridade que ela implanta na vida da criança; e como aquele que enriquece a vida da criança, trazendo suas qualidades positivas e sua vivacidade. Em uma pesquisa realizada com 47 mulheres canadenses com depressão visando a investigação da associação entre a evolução, após alta hospitalar, e o seu relacionamento conjugal os autores da pesquisa afirmaram segundo Silva (2007) que a percepção da mulher com depressão a respeito do apoio emocional oferecido pelo marido pode ser um melhor indicador do seu prognóstico do que as características clínicas do seu quadro. A importância do apoio social na gestação e também após 2 a 4 meses do nascimento do bebê, em mães com indicadores de depressão materna, foi avaliada por Fonseca (2010). Os resultados apontaram que o apoio social paterno durante a gestação agiu de forma protetora para a mãe, associando-se assim a sintomas depressivos menos intensos no puerpério. Em relação à disponibilidade emocional, foram encontradas correlações positivas significativas entre apoio social e a estruturação da mãe e também entre apoio social e responsividade do bebê. Sendo assim sugere-se que quanto mais a mãe se sente amparada afetivamente pelo companheiro, mais ela é capaz de organizar a atividade da criança e prover regras e estímulos de acordo com a necessidade individual e da faixa etária. O apoio paterno é considerado um fator de proteção para os sintomas depressivos da mãe. Para Silva (2007), a participação ativa do pai no contexto da depressão pós-parto materna aponta o pai como um moderador dos efeitos da depressão da mãe sobre o desenvolvimento infantil. O pai que atue como cuidador, e que não se encontre deprimido, proporcionaria ao bebê cuidados e estimulação adequados as suas necessidades, diminuindo assim os efeitos da interação com uma mãe a qual não se encontra disponível para esse bebê devido ao seu humor deprimido. Esse fato pode ser visto, por exemplo, em uma pesquisa realizada com 120 crianças americanas o qual acompanhou suas famílias desde o seu nascimento até os sete anos de idade, avaliando os sintomas de depressão pós-parto materna no 1 o, 4 o e 12 o mês de vida do bebê, o envolvimento paterno no 12 o mês do bebê, e o temperamento da criança e sua saúde mental aos 7 anos de idade. O resultado verificado foi que os sintomas mais severos aos 7 anos de idade foram encontrados nas crianças as quais tinham um temperamento reativo, cujas mães

apresentaram sintomas depressivos e os pais não tinham muito envolvimento. Dessa forma, os três fatores interagem entre si na formação de sintomas da criança. Em outro estudo realizado, foi possível verificar, segundo Silva (2007) a minimização de riscos de desenvolvimento de problemas de internalização (depressão, ansiedade) em filhos de mães com depressão quando a criança teve alguns tipos de envolvimento paterno. Os principais fatores associados com esta possibilidade de mediação no desenvolvimento de problemas de internalização foram o grau de afetividade, de controle e a quantidade de tempo com a criança, entretanto não se tem exercido qualquer efeito sobre os problemas de externalização (transtornos na conduta, comportamento agressivo, desafiador ou déficits de atenção). A participação do pai tem sido destacada como fundamental para a saúde de sua esposa e para o desenvolvimento de seus filhos. Como já mencionado anteriormente, a figura paterna serviria como modelo para a identificação dos filhos e um apoio emocional muito importante para a mãe. Segundo Teixeira (2007), o pai pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil em situações de depressão materna. A interação positiva pai-bebê pode amenizar ou compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa. Para a autora, o pai pode servir para o bebê como um modelo positivo, sensível e responsivo às necessidades do seu filho quando sua esposa não está conseguindo fazê-lo. O contato com o pai possibilita que o impacto da depressão materna seja minimizado. E esse papel protetor o qual o pai exerce, contribuem para que mães deprimidas possam exercer sua maternagem adequadamente. Assim experimentam a possibilidade de sair, progressivamente, desse quadro e possam ser mães suficientemente boas.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1 Participantes

O presente estudo trabalhou com 2 famílias nas quais as mães apresentavam indicadores de depressão, com base nos escores das mães no Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001) e na realização de uma entrevista clínica diagnóstica. As mesmas participaram do projeto de pesquisa intitulado “O Impacto da Psicoterapia para a Depressão Pós-parto e para a Interação Pais-Bebê: Estudo Longitudinal do Sexto ao Décimo Segundo Mês Vida do Bebê - PSICDEMA” (Piccinini et al., 2003). Esse projeto acompanhou em psicoterapia, 22 famílias, cujas mães apresentavam depressão no período pós-parto. O estudo investigou uma série de fatores associados à depressão pós-parto materna, tais como: experiência da maternidade e paternidade, qualidade do relacionamento conjugal, interação mãe-bebê e pai-bebê, bem como o impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para estas famílias.

Num segundo momento, foram selecionadas as famílias que preenchessem alguns critérios: terem realizado ao menos uma sessão de psicoterapia após toda a avaliação inicial, o pai ter participado das filmagens da interação com o bebê. Com isso chegou-se a 15 famílias. Com os vídeos dessas 15 famílias, sendo 10 minutos de interação da mãe com o bebê, 10 minutos de interação do pai com o bebê e 10 minutos de interação do pai e da mãe com o bebê, realizou-se uma avaliação através do IRDI a fim de verificar como estava se dando a constituição psíquica dos bebês e o laço mãe-bebê¹. Dentre estas 15 famílias, foram selecionados os 2 casos nos quais se observou uma maior dificuldade de interação da mãe com o bebê, a fim de avaliar a atuação do pai neste contexto.

No caso 1 a família é composta pelo casal e pelo filho, o qual se encontrava com 2 meses no momento da filmagem da interação (primeira etapa). A mãe possuía 40 anos e o ensino médio completo e o pai encontrava-se com 35 anos e possui curso técnico. Ambos trabalhavam fora de casa.

No caso 2 a família é composta pelo casal e seus 3 filhos, dentre eles o bebê que possuía 7 meses no momento da filmagem da interação. A mãe encontrava-se com 38 anos e o pai com 44 anos, ambos não possuíam o ensino superior completo e trabalhavam fora de casa.

¹ Essa análise deu origem a outro estudo, que está em fase final de preparação para publicação.

3.2 Procedimentos

As famílias que participaram no projeto *PSICDEMA* (Piccinini et al., 2003) responderam a uma série de entrevistas e instrumentos de avaliação inicial, incluindo o Inventário Beck de Depressão (referência) e uma Entrevista Diagnóstica (referência). Esta avaliação também incluiu filmagens da interação mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai-bebê. Após, foi oferecida às famílias uma psicoterapia breve pais-bebê, a qual também teve as suas sessões filmadas. No presente estudo, foram analisadas as filmagens das interações mãe-bebê, pai-bebê e mãe-pai-bebê, que teve duração de 30 minutos, sendo 10 minutos cada interação minutos, e os 30 primeiros minutos da primeira sessão de psicoterapia através do Instrumento IRDI. Não se analisou o restante das sessões pois acredita-se que a psicoterapia possa ter produzido efeitos na relação, o que poderia influenciar nos resultados quando analisados com o instrumento IRDI. O IRDI (Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil), conforme referido anteriormente, é um instrumento utilizado para a avaliação de risco para o desenvolvimento infantil e, mais especificamente, para a constituição psíquica do bebê. Pode ser utilizado em crianças com idades entre 0-18 meses de vida. É composto por 31 itens, divididos por faixa etária, sendo norteado por quatro grandes eixos, sendo eles: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. Sendo a ausência de algum de seus indicadores um apontamento para riscos de problemas de desenvolvimento e/ou risco de problemas na constituição subjetiva do bebê.

3.3 Análise dos dados

A análise realizada no presente estudo tem como objetivo investigar a paternidade, mais especificamente, a atuação do pai na constituição psíquica do bebê, em um contexto de depressão materna. A análise dos vídeos da interação mãe-bebê, pai-bebê e da tríade, e dos 30 primeiros minutos da primeira sessão de psicoterapia, foi realizada por duas pesquisadoras (a autora deste trabalho e uma bolsista de iniciação científica) utilizando o Instrumento IRDI. Em caso de dúvida, uma terceira análise foi realizada pela orientadora deste trabalho. Deste modo, foram verificados se os indicadores correspondentes à faixa etária do bebê estavam Presentes, Ausentes ou Não Observados (quando o vídeo não ofereceu as condições para a demonstração do item).

Após esta análise, foi realizada uma avaliação qualitativa da participação da mãe e do pai na apresentação destes indicadores. O objetivo desta segunda análise é compreender se o pai estaria, frente à depressão materna, atuando de maneira mais ativa na constituição psíquica do bebê.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

Nos dois casos que estão sendo analisados se obteve todos os itens do IRDI presentes, supondo-se assim que, apesar da incapacidade responsiva da mãe, o bebê encontra-se protegido, não se instaurando problemas nesse momento inicial de sua constituição subjetiva. Caso 1 No caso 1 o bebê encontrava-se com 2 meses. Dessa forma utilizou-se a tabela referente a 0 e 4 meses incompletos para análise do caso, sendo ela composta por 5 itens:

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 criança e a mãe.

Com a avaliação foi possível verificar todos os itens presentes com o pai. O 1º item - quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer - esteve presente com o pai e com a mãe, apesar do pai demonstrar saber mais das demandas do filho que a mãe. O item 2 - a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês) - esteve presente para ambos. O item 3 - a criança reage ao manhês - foi presente para ambos, porém as reações eram mais espontâneas entre o pai e o bebê. O 4º item - a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação - esteve presente para a mãe e para o pai. Em relação ao 5º item, o qual avalia se há trocas de olhares entre a criança e a mãe, constatou-se que os olhares entre a mãe e o bebê eram bastante superficiais, sendo a busca mais ativa ao olhar do pai. Dessa forma, avaliou-se como ausente esse item em relação à mãe e ao bebê, estando presente somente com o pai.

Foi possível perceber uma interação muito boa entre o pai e o bebê, ficando evidente uma sintonia entre os dois, bem como mais troca e busca de olhares com o pai. Se tem a impressão que o bebê tem como referência o pai. Nota-se que é o pai quem assume prioritariamente os cuidados do bebê, como por exemplo quando o bebê demanda atenção, quem vai em busca do bebê pegando-o no colo e confortando-o é o pai. O pai e

o bebê possuem uma linguagem particular muito espontânea, tendo muitas trocas de sorrisos, manhês e brincadeiras. Diante disso, percebe-se que o pai exerce a função materna em muitos momentos. Acredita-se que, apesar desse enfraquecimento do laço entre mãe e bebê, isso não foi considerado muito grave, pois o bebê não apresentou evitamento ao olhar da mãe. Apenas as trocas eram mais breves.

Caso 2

No caso 2 o bebê encontrava-se com 7 meses, utilizando-se assim a folha de aplicação e registro referente a 4 a 8 meses incompletos, sendo analisados 8 itens. São eles:

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 a 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 sem ficar passiva.

O 6º item, que diz respeito a se a criança consegue diferenciar o dia e a noite, não foi possível de ser observado através dos vídeos. Todos os demais itens analisados estiveram presentes com o pai. O 7º item - a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades - esteve presente para a mãe e para o pai, porém o pai mostrava saber diferenciar mais os sinais do filho. O 8º item - a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta - também esteve presente para ambos, porém ficou mais evidente tal reação na interação com o pai. O item 9 - a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases - esteve presente para ambos. O item 10 - a criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela - esteve presente para ambos, mas as reações da criança ao pai eram mais frequentes, pois o pai se dirigia mais a ela que a mãe. O item 11 - a criança procura ativamente o olhar da mãe - esteve presente somente com o pai. Não houve a procura do bebê pelo olhar da mãe durante toda a interação observada. O item 12 - a mãe dá suporte às iniciativas da criança

sem poupar-lhe o esforço - e o 13 - a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva - esteve presente para ambos.

Assim, percebe-se que a criança demonstra sentir-se segura com a mãe, existindo uma linguagem particular entre as duas, sorrisos e brincadeiras. Porém, o bebê demonstra mais espontaneidade nas expressões dirigidas ao pai. Pode-se supor que o bebê busca mais o pai porque espera mais resposta por parte dele, o que ficou especialmente demonstrado pelo indicador 11. Mas também encontra respaldo em outros indicadores, como o 7, pois as demandas do bebê são melhores compreendidas pelo pai.

4.2 Discussão

Utilizou-se como ferramenta de análise dos vídeos da interação dos pares com o bebê o instrumento IRDI, sendo esse usado para avaliação precoce de risco para o desenvolvimento infantil e, mais especificamente, para a constituição psíquica de bebês. Nesse instrumento é a ausência de indicadores que representa riscos para o desenvolvimento do bebê.

Quando a mãe não se encontra disponível para os cuidados com o seu bebê acredita-se que é possível outra pessoa desenvolver a sua função, protegendo assim a saúde emocional e psíquica da criança. Por isso na pesquisa em questão questiona-se se quando a mãe falta com a sua responsividade devido ao seu quadro de depressão o pai tenderia a assumir a sua função nos cuidados com o bebê e, assim, garantir ao mesmo integridade emocional e psíquica. Ser pai e ser mãe vai além da paternidade e maternidade biológica. Segundo Borges (2005), demanda, também, sentimentos e atitudes de adoção que decorrem do desejo pelo filho. A dinâmica por meio da qual se atualizam as funções materna e paterna organiza-se a partir de um interjogo de fatores conscientes e inconscientes. Dessa forma, tarefas relacionadas aos cuidados físicos e à educação constituem-se como funções da maternagem e paternagem. Kupfer (2003) afirma que os cuidados iniciais podem ser exercidos por qualquer pessoa, porém ela deve estar afetivamente ligada a esse bebê para conseguir suprir as demandas do mesmo.

Em relação ao Eixo Suposição de Sujeito, os resultados apontaram que as trocas de olhares e a busca do olhar da mãe pelo bebê eram muito sucintas entre a mãe e a criança, havendo mais trocas de olhares e uma maior procura do bebê pelo olhar do pai. A dificuldade pode apresentar-se na questão de alternar presença/ausência e também supor um sujeito. Para Kupfer (2003) alternar presença/ ausência, implica que a mãe ou o cuidador não responda ao bebê apenas com presença ou apenas com ausência, mas que

produza ali uma alternância, não apenas física, mas sobretudo simbólica. Para que um bebê se torne um ser desejante, é necessário que ele possa ter uma experiência de falta. E o supor um sujeito, trata-se de uma antecipação, pois o bebê ainda não está constituído como sujeito, mas tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado. É a partir dessa suposição, por exemplo, que o grito do bebê poderá ser tomado como um apelo e assim interpretado, abrindo para ele a possibilidade de, em sua emissão seguinte, já estar efetivamente marcado por uma significação de apelo.

Segundo Carlesso (2014), as mães deprimidas criam frequentemente uma 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 frequente 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, sendo essa evitação de olhar um fator de risco para a saúde dos bebês. A criança não entende o que acontece, pode retrair-se e a interação da díade pode ficar comprometida. Para Schwengber (2003) o desvio de olhar do bebê para a mãe pode ser justificado pelo fato de que as mães deprimidas são inseguras em suas capacidades maternas, o que ocasiona um afrouxamento da atenção da criança e ao desvio do olhar, característico de uma microrejeição. Já a mãe, sentindo-se rejeitada, suspende a interação, no sentido de uma parada momentânea que tem o objetivo de facilitar o reajustamento do seu comportamento. Com isso, as seqüências interativas terminam rapidamente. Neste estudo, constatou-se que não há evitação de olhares entre os bebês e as mães. Mas as trocas e procura de olhares são prioritariamente dirigidos ao pai. Pensamos que isso se deva a estes pais estarem cumprindo um papel de maternagem, atendendo às demandas do bebê, atribuindo significado aos apelos do filho.

Em relação ao eixo Estabelecimento da demanda, observou-se nos dois casos dificuldades por parte das mães. Nos dois casos foi constatado que quando a criança chora ou grita, bem como a identificação dos diferentes sinais utilizados para expressar as diferentes necessidades do bebê eram mais facilmente identificados e interpretados pelo pai. Para Kupfer (2003) 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. Pode-se supor que se o pai não estivesse afetivamente ligado ao bebê, identificando e interpretando as demandas do filho, em determinados momentos a mãe não fosse capaz de traduzir as demandas.

Segundo Carlesso (2014) 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. 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 para compreender o bebê. Essa comunicação não só modela a psique do bebê como opera nos afetos, tanto os prazerosos como os desprazerosos. Quando a mãe encontra-se deprimida, fica muito difícil para ela perceber os sinais que o bebê emite. Essa mãe estará ou dispersa, ou irritada e, muitas vezes, terá dificuldades adicionais para 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 poderá ficar prejudicada. Por essa percepção do bebê a respeito do humor da mãe pode-se supor o porquê de uma vinculação maior com o pai, caso esse se mostra mais disponível e sensível às comunicações do bebê. Isso ficou evidente em vários itens do IRDI, os quais demonstraram que, apesar da mãe possuir vinculação com o filho, o pai aparecia como a figura de referência e interação do bebê.

Em relação a existência de uma linguagem particular entre a mãe e o bebê constatou-se a presença da mesma, porém novamente as reações eram mais espontâneas entre o pai e o bebê. Para tal função ser constitutiva ela abrange uma antecipação a qual deve ser realizada pelo agente materno ou cuidador, pois o bebê não se encontra ainda constituído como sujeito. A constituição vai depender justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe ou cuidador. Nos casos analisados esta função parecia ser desenvolvida principalmente pelo pai.

O quarto eixo que é avaliado pelo instrumento IRDI diz respeito à instalação da função paterna, o qual apresenta-se como fundamental para a constituição psíquica do bebê. Este aspecto não foi avaliado no presente estudo, pois ele aparece na tabela de avaliação de crianças a partir de 8 meses.

As mães deprimidas segundo Schwengber (2003), 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, podendo também encontrarem dificuldades no cuidado com suas crianças e expressando mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas. Nos dois casos analisados foi possível de ser observado a afirmação acima, pois as mães apresentavam certa dificuldade para brincar com os filhos, tendo uma menor capacidade de estabelecer contato físico com o bebê.

Seiner (1995) salienta um estudo realizado com mãe com indicadores de depressão pós parto, cujos resultados mostraram que, diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente. Como mostram essas investigações, as interações que se estabelecem entre bebês e mães deprimidas caracterizam-se por um menor nível de atividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna. Mães deprimidas tendem a ser menos responsivas ao interagirem com seus bebês que, por sua vez, tendem a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não-deprimidas e por isso muitas vezes a um afastamento do duo, caracterizando assim dificuldades nessa interação.

Nesta pesquisa, as mães apresentaram bom suporte social, especialmente por parte do companheiro. De acordo com Sotto-Mayor (2005), o principal papel do marido seria o de funcionar como matriz de apoio para a esposa, protegendo-a fisicamente, provendo suas necessidades vitais, e por algum tempo afastando-a das exigências da realidade externa para que ela possa dedicar-se às tarefas de manter o bebê vivo e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo. Salienta ainda que apoio do pai proporcionaria um efeito protetor importante contra o estresse da mãe neste período da vida. Segundo Pauli-Pott et al. (2000) os padrões de interação favoráveis entre parceiros e o suporte emocional mútuo estariam diretamente associados à reatividade materna, e um suporte emocional adequado levaria a um aumento do bem-estar ou a uma maior satisfação, o que por sua vez, influenciaria positivamente o comportamento materno. Para Feldman (2000), o relacionamento conjugal acaba sendo a mais importante e, muitas vezes, a única fonte de apoio social, é por isto que ele considera o envolvimento paterno tão relevante para a segurança da mãe no papel materno. O apoio adequado do marido é essencial para todas as mães, especialmente para aquelas que se encontram com indícios de depressão, pois essas por vezes não encontram-se disponíveis para desempenhar as funções básicas de cuidado do bebê. Assim o pai exercendo uma função ativa na relação além de estar contribuindo para a redução da depressão materna, pode promover a saúde psíquica da criança. Dessa forma, diante do apoio social apresentado pelos pais dos dois casos

analisados se supõem que o pai possivelmente atenuou os efeitos da depressão materna na constituição psíquica do bebê. Acredita-se que esse fato seja responsável pela não existência de fatores de risco para o bebê, pois todos os indicadores avaliados encontravam-se presentes. O pai esteve disponível para cuida-lo e conseqüentemente inseri-lo no mundo, criando para o bebê um ambiente suficientemente bom, o que proporcionará novas experiências ao bebê e a constituição do ego pessoal do mesmo.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 evidências apontam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em consequência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança.

Nos dois casos estudados não se apresentou índices de risco para transtornos do desenvolvimento. Acredita-se que tal fato esteja ligado ao apoio do pai nos cuidados com o bebê. O pai, fazendo função materna (juntamente com a mãe), amenizou os efeitos das dificuldades da mãe nesta função.

Assim, salienta-se a importância do exercício da função materna pelo pai em situações e que a mãe não esteja tão disponível para tal tarefa, como nos casos em que ela se encontra fortemente deprimida. Considera-se como fonte de saúde emocional e psíquica o apoio paterno nos cuidados diários do bebê, pois esses cuidados dirigidos ao bebê tendem a atenuar os efeitos da falta de responsividade da mãe para o bebê, protegendo assim a saúde emocional da criança.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: *Psychological Corporation*, 1993.
- 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.* [online]. vol.8, no.3, p.661-680.
- Bernardino, L. M. F.; Mariotto, R. M. M. (2009). Detecção de riscos psíquicos em bebês de berçários de Centros Municipais de Educação Infantil de Curitiba. In: Congresso Nacional de Educação, 9. e Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 3., Curitiba, PUCPR, 26 a 29 de outubro de 2009.
- Biringen Z, Robinson J, Emde R.(2000). Appendix B: the emotional availability scales. *Attach Hum.*
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: *Oxford University Press*.
- Brum, E. H. M.; Schermann, L. (2006) O Impacto da Depressão Materna nas Interações Iniciais. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/> Vol. 37, NO 2. - *Psico*, 2006
- Cantilino, M., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. & Rennó Jr, J. (2010) Transtornos Psiquiátricos no pós parto: revisão da literatura. *Rev Psiq Clín.*
- Carlesso, J. P. P.; Souza, A. P. R. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão da literatura. *Revista CEFAC* 13(6), 1119-1126.
- Carlesso, J. P. P; Souza, A.P. R; Moraes, A. B. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC* vol.16 no.2 São Paulo.
- Cunha, J.A. (2001). Escalas Beck. São Paulo: *Casa do Psicólogo*.
- Cutrona, C. E. & Troutman, B. R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- Dolto, F. (1996). *No jogo do desejo: Ensaio Clínicos*. Ática, 2 Ed. 295p. São Paulo
- Fonseca, V. R. J. R. M.; Da Silva, G. A.; Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.
- Eizirik, M; Bergmann, D.S. (2004). Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *R. Psiquiatr.* RS, 26'(3): 330-336.

- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement, and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.
- Kaplan HI, Sadock BJ. (2003). Tratado de psiquiatria. *Artmed* 7ª ed, Porto Alegre.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). Vínculo: Construindo as Bases para um Apego Seguro e para a Independência. *Artes Médicas*, Porto Alegre.
- Kupfer, M. C., Jerusalins xky, A., Wanderley, D., Infante, D., Salles, L., Bernardino, L. (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6 (2), 7-25.
- Kupfer, MCM. (2009) Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1.
- Morais, M. L. S.; Lucci, T. K.; Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estud. psicol. (Campinas)* no.1 vol.30 Campinas.
- Murray, L., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Nonacs, R. & Cohen, L. S. (2005). Postpartum Psychiatric Syndromes. In: B. J. Sadock & V. Sadock (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10a rev. – CID-10*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behavior e Development*, 23.
- Piccinini, C. A., Prado, L. C., Lopes, R. S., Schwengber, D. D., Alfaya, C. A., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Mayor, I. S., & Silva, M. R.(2003). *O impacto da psicoterapia para a depressão materna e para a interação pais-bebê: Estudo longitudinal do nascimento ao segundo ano de vida do bebê*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Projeto de pesquisa não publicado.
- Silva DG, Souza MR, Moreira VP, Genestra M. (2003) Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Rev. Mal-Estar Subj*.
- Silva, M. R. S. (2007). *Paternidade e depressão pós-pato materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Schmidt E. B; Piccoloto, N. M; Muller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-UFS*.
- Schardosim, J. M; Heldt, E. (2011). Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) vol.32 no.1 Porto Alegre.
- Seiner, S. H., & Gelfand, D. M. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 66, 1519-1528.
- Sotto-Mayor, Iara Maria Backes; Piccinini, César Augusto. (2005) Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*. v. 36, n 2, pp. 135-148.
- Teixeira, G. F. (2007). Depressão Materna e sua Repercussão na Relação Inicial Mãe/Bebê. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.02.
- Winnicott, D. W. (1979). *E o pai?* In D. W. Winnicott (Org.), *A criança e seu mundo* (pp. 127-133). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1965)

ANEXOS

Anexo A

Tabela: Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos

IDADE EM MESES:	INDICADORES:	EIXOS:
0 a 4 meses incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
	3. A criança reage ao manhês.	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	SS/PA
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA

	<p>12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.</p> <p>13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.</p>	<p>SS/ED/PA</p> <p>ED/FP</p>
8 a 12 meses incompletos:	<p>14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</p> <p>15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</p> <p>16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.</p> <p>17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</p> <p>18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</p> <p>19. A criança possui objetos prediletos.</p> <p>20. A criança faz gracinhas.</p> <p>21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.</p> <p>22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</p>	<p>ED/SS</p> <p>ED</p> <p>ED</p> <p>SS/PA</p> <p>FP</p> <p>ED</p> <p>ED</p> <p>ED</p>
De 12 a 18 meses	<p>23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</p> <p>24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe</p>	<p>ED/FP</p> <p>ED/FP</p>

	<p>e reage às ausências prolongadas.</p> <p>25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.</p> <p>26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</p> <p>27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.</p> <p>28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.</p> <p>29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</p> <p>30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</p> <p>31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios</p>	<p>ED/FP</p> <p>FP</p> <p>SS/FP</p> <p>FP</p> <p>FP</p> <p>FP</p> <p>FP</p>
--	--	---