

## Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo

*Helôisa Cardoso da Silva – UNISINOS, São Leopoldo, Brasil*

*Milena da Rosa Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil*

*Giana Bitencourt Frizzo – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil*

*Tagma Marina Schneider Donelli – UNISINOS, São Leopoldo, Brasil*

### Resumo

Esta pesquisa objetivou compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês entre seis e 12 meses, cujas mães apresentaram depressão. Assim, realizaram-se qualitativamente estudos de casos múltiplos, com três duplas mãe-bebê, sendo aplicados: entrevista de dados sociodemográficos e de dados clínicos, MINI PLUS, Questionário *Symptom Check-List*, EPDS, entrevista sobre gestação, parto e experiência da maternidade e IAP. Os resultados apontaram a presença de diversos fatores de riscos à depressão comuns a todas as mães, como também de aspectos psicodinâmicos singulares relacionados à história de vida delas. Também, identificou-se dificuldade na interação mãe-bebê em todos os casos, indicando que a depressão prejudica a mãe no exercício da maternidade e nas tarefas que esse período demanda, sobretudo interpretar ao bebê o que seu corpo manifesta. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta defensiva do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las.

*Palavras-chave:* depressão materna, sintoma psicofuncional, relação mãe-bebê

### Psychofunctional Symptoms and Maternal Depression: A Qualitative Study

#### Abstract

This study aimed to understand the manifestation of psychofunctional symptoms in infants between six and 12 months, whose mothers presented depression. For this purpose, multiple case studies with three mother-infant pairs were qualitatively performed, and the following instruments were administered: interviews on socio-demographic and clinical data, M.I.N.I. PLUS, Symptom Checklist Questionnaire, EPDS, interview about pregnancy, childbirth and maternity experience, as well as IAP. The results showed the presence of several risk factors for depression common to all mothers, as well as singular psychodynamic aspects related to their life story. Also, we identified difficulty in the mother-infant interaction in all cases, indicating that depression damages the mother in the exercise of motherhood and in the tasks that this period demands, especially in interpreting to the baby what his/her body is expressing. Therefore, the psychofunctional symptom can be seen as a defensive response by the infant to maternal difficulties of understanding the baby's body manifestations and interpreting them.

*Keywords:* maternal depression, psychofunctional symptom, mother-infant relationship

### Síntomas Psicofuncionales y Depresión Materna: Un Estudio Cualitativo

#### Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo comprender manifestaciones de síntomas psicofuncionales en bebés entre 6 y 12 meses cuyas madres presentaron depresión. Se han realizado estudios de casos múltiples, con tres duplas madre-bebê, siendo aplicados: entrevista de datos sociodemográficos y datos clínicos, M.I.N.I. PLUS, Cuestionario *Symptom Check-List*, EPDS, entrevista sobre embarazo, parto y experiencia de maternidad e IAP. Los resultados mostraron presencia de diversos factores de riesgo para la depresión, comunes a todas las madres, así como también aspectos psicodinámicos singulares relacionados con la historia de vida de ellas. Además, se identificaron dificultades en la interacción madre-bebê en todos los casos, lo que indica que la depresión perjudica a la madre en el ejercicio de la maternidad y en las tareas que ese período demanda, principalmente interpretar lo que el cuerpo del bebé manifiesta. Por lo tanto, síntoma psicofuncional puede ser visto como una respuesta defensiva del bebé a las dificultades maternas para comprender sus manifestaciones corporales e interpretarlas.

*Palabras-clave:* depresión materna, síntoma psicofuncional, relación madre-bebê

## Introdução

A depressão materna destaca-se dentre os transtornos do pós-parto pela sua prevalência significativa. Pesquisas recentes indicaram taxas nacionais entre 9% a 26% (Morais, Fonseca, David, Viegas, & Otta, 2015), chegando a 39,4% (Lobato, Moraes, & Reichenheim, 2011). Nas pesquisas internacionais, também se

encontram dados expressivos: entre 20-22% (Schetter & Tanner, 2012; Urdaneta et al., 2010) a 38% (Molero et al., 2014). O estudo de Silva (2013) revelou dados internacionais que variaram entre 0,5% e 62,8%, sendo a média mundial de 16,33%. Enfim, não há unanimidade na prevalência da depressão materna devido a fatores metodológicos, pois há uma grande heterogeneidade entre os participantes (Cantilino, Zambaldi, Sougey, &

Rennó-Jr, 2010; Lobato et al., 2011; Silva, 2013), uma diversidade de instrumentos utilizados no diagnóstico e diferenças na própria caracterização do quadro, mas todos os estudos sinalizam sua grande prevalência.

Por ser multifatorial, não é possível identificar a sua etiologia, no entanto existem fatores de risco que evidenciam forte correlação com essa psicopatologia. Dentre eles, há o histórico de sintomas depressivos (antes ou durante a gravidez) (Dias & Coaracy, 2014) e de transtornos afetivos (Molero et al., 2014), depressão pré-natal (Field, 2011), dificuldades ao engravidar, na gestação e/ou no parto (Dias & Coaracy, 2014; Iaconelli, 2005), o fato de a mãe ser jovem (Camacho e colaboradores, 2006; Dias & Coaracy, 2014) ou ser sua primeira gravidez (Iaconelli, 2005), a vivência de perdas, o nascimento de bebês com anomalias, dificuldades conjugais (Camacho et al., 2006; Iaconelli, 2005) e a falta de apoio social (Morais et al., 2015).

Recentemente, os critérios diagnósticos mudaram com o advento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2014), no qual o quadro ainda está relacionado à sintomatologia do transtorno depressivo maior, com a especificidade de que pode iniciar na gravidez ou até nas primeiras quatro semanas após o parto. Assim, os sintomas característicos são humor deprimido constante, redução significativa no interesse ou prazer em realizar atividades, mudança significativa no peso, apetite, sono e aspecto psicomotor, diminuição da capacidade de pensamento e concentração, sentimento de inutilidade ou culpa e recorrência de pensamentos de morte. Entretanto, há divergências em relação à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), que classifica a depressão como desordem comportamental e mental associada ao puerpério (F53) apenas se iniciar dentro de seis semanas após o parto e se não atender aos critérios associados a outra categoria. Essas discordâncias, portanto, dificultam o processo diagnóstico.

Além de depressão materna (Brum, 2006), existem na literatura outras denominações para o transtorno: *depressão pós-parto* (Brum & Oliveira, 2012), *mães deprimidas* (Rojas et al., 2010), *depressão pós-natal* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) e *depressão puerperal* (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005). Essa variação ocorre em função da tentativa de abarcar a depressão quando ela ocorre fora do período estabelecido pelo DSM-5 e pela CID-10 (Brum & Oliveira, 2012). Considera-se mais adequado empregar *depressão materna* por ir ao encontro do que a

literatura refere sobre o funcionamento psicodinâmico materno nos dois primeiros anos da maternidade.

Ao mesmo tempo em que esse período inicial destaca-se pela peculiaridade do funcionamento psíquico materno, ele é também crucial à constituição psíquica do bebê, sendo de fundamental importância a relação que a mãe estabelece com o filho. Essa relação caracteriza-se por ser não simétrica, em que, de um lado, há uma adulta que deve encarnar a função materna, que possui seu cenário fantasmático e que pode acolher psíquica e inconscientemente, ou não, o recém-nascido como seu filho. Por outro, há um bebê com suas aptidões inatas (reflexos arcaicos e plasticidade neuronal), que podem beneficiar ou obstaculizar essa relação. Assim, a função materna “implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que realiza na relação com o bebê” (Jerusalinsky, 2011, p. 15), demandando condições emocionais de quem a exerce.

Contudo, uma mãe em estado emocional deprimido pode não conseguir realizar a função materna para o seu bebê, podendo trazer prejuízos à relação estabelecida com ele e ao seu desenvolvimento. Carlesso, Souza e Moraes (2014) analisaram possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento do bebê e presença de depressão materna, em 165 duplas mãe-bebê. Os resultados apontaram que mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento dos filhos, o que faz supor que ela possa ter dificuldades na relação com o seu bebê, por conseguinte, implicando obstáculos na construção das operações psíquicas, trazendo risco à criança.

Assim, quando há dificuldade no laço mãe-bebê em virtude da depressão materna, é possível a instalação de reações sintomáticas na criança (Iaconelli, 2005), reveladas por meio do seu corpo, que se configura, na primeira infância, como uma peculiar via de expressão. Por meio dele, o bebê manifesta seu sofrimento, indicando que algo em sua constituição psíquica está em risco, e o sintoma manifesto é visto como dado a ver, pois aparece nos movimentos corporais, em seu tônus, em sua produção rítmico-temporal, comparecendo nas funções corporais para além de suas intenções (Jerusalinsky, 2011).

Nesse sentido, é possível aparecerem sintomas psicofuncionais na criança, os quais são manifestações somáticas e comportamentais, sem causa orgânica, que indicam dificuldades na relação do bebê com sua mãe ou figuras parentais (Pinto, 2004). Dentre os sintomas precoces mais frequentes na primeira infância estão os

distúrbios relacionados ao sono, ao comportamento, à alimentação, à digestão, à respiração e à pele (Mazet & Stoleru, 1990; Pinto, 2004; Robert-Tissot et al., 1989).

Conhecer o panorama de sintomas na primeira infância é fundamental, porém foram localizadas poucas pesquisas indicativas de prevalência. Alguns estudos sinalizam que 6 a 8% de bebês até três anos têm alergia alimentar (Batista, Freitas, & Haack, 2009); 11,15% de bebês até um ano têm refluxo gastroesofágico (Costa, Silva, Gouveia, & Pereira-Filho, 2004); 28,7% de bebês entre um e dois anos têm asma (Stephan, Costa, Stephan, & Secco, 2010); e entre 25 a 50% de bebês de seis a 12 meses têm transtorno de sono (Wiggs, 2012). O trabalho de Mazet e Stoleru (1990) sobre sintomatologia precoce apontou que a principal manifestação até um ano são os transtornos alimentares, e Robert-Tissot et al. (1996), no contexto de uma psicoterapia com 75 duplas mãe-bebê (crianças com média de 15 meses) para distúrbios psicofuncionais, encontraram como sintomas mais frequentes os distúrbios do sono (52%), comportamentais (21%) e alimentares (12%). Entretanto, não se encontraram dados atuais de prevalência sobre outros sintomas, indicando uma lacuna nas pesquisas sobre o tema.

Já em relação à depressão materna, sabe-se que ela se configura como um problema de saúde pública, uma vez que pode afetar significativamente a saúde da mãe e do bebê (Brum & Oliveira, 2012). No Brasil, esses dados parecem ser mais preocupantes, por haver dificuldades na realização do diagnóstico ou por ele ser negligenciado em função de alguns sintomas comuns ao puerpério, associados estritamente à rotina de cuidados com a criança (Cruz et al., 2005). Percebe-se que esse transtorno vem sendo investigado com foco, sobretudo, em prevalência, identificação de fatores de risco, interação mãe-bebê, percepção do exercício da maternidade e efeitos sobre o desenvolvimento infantil. Por outro lado, não foram localizados estudos com referencial psicanalítico sobre os sintomas psicofuncionais na primeira infância no contexto da depressão. Nesse sentido, atendendo a essa lacuna, este estudo objetivou compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês cujas mães apresentam depressão. Entende-se que compreender essa temática de maneira aprofundada contribuirá para a apreensão de suas características e peculiaridades, colaborando com o desenvolvimento científico, para a promoção de saúde mental, visto que se abre possibilidade para reflexões acerca de estratégias preventivas e de tratamento que visem à saúde materno-infantil.

## Método

### *Participantes*

As díades participantes faziam parte de um projeto maior, do qual a presente pesquisa derivou, intitulado “Depressão pós-parto: antecedentes, prevalência e intervenção” (Frizzo, 2012). O objetivo desse estudo maior era identificar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tinham o primeiro filho com até um ano de idade. Além disso, pretendeu investigar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

Para este estudo derivado, optou-se pela utilização de estudos de casos múltiplos com abordagem qualitativa, seguindo a proposta de Yin (2010) de cruzamento entre os casos, pois dessa forma é possível obter conclusões. Os critérios de inclusão adotados foram: (a) bebês: idade entre seis e 12 meses e presença de sintoma psicofuncional; (b) mães: idade acima de 18 anos, nível socioeconômico e configuração familiar variáveis e presença de depressão materna. Excluíram-se bebês com malformações, problemas neurológicos e/ou outros quadros clínicos, e mães com presença de retardo mental (observado a partir do contato com elas) e outros quadros psicopatológicos severos (esquizofrenia, risco de suicídio, transtorno de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica e abuso de substâncias químicas) identificados pelo MINI PLUS.

### *Instrumentos*

*Questionário Sobre Dados Sociodemográficos da Família.* Roteiro estruturado para conhecer informações gerais sobre a criança, seus pais e sua família. Seu tempo aproximado pode variar entre 10 e 20 minutos, podendo mudar de acordo com as informações fornecidas.

*Ficha de Dados Clínicos.* Roteiro estruturado para conhecer o histórico e as condições atuais de saúde do bebê, de seus pais e de sua família. Seu tempo aproximado de aplicação é de 15 minutos, podendo variar de acordo com as informações fornecidas.

*Questionário Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989). É um questionário com 84 perguntas abertas e fechadas que exploram aspectos relacionados a comportamento, alimentação, separação, sono, digestão, respiração, pele, alergias, medos, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança, visando à avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças entre seis semanas e 30 meses. O manual indica pontuação em algumas questões, mas

não aponta interpretação em relação à pontuação final. Assim, neste estudo, fez-se uma assessoria com um profissional de estatística a fim de elaborar um ponto de corte para cada área investigada, indicando um intervalo de pontuação considerada elevada para cada sintoma: comportamento (24 a 40), sono (21 a 35), alergia (12 a 20), respiração e digestão (9 a 15). Neste estudo, foi utilizada a versão em português traduzida pela prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Batista Pinto e revisada pela prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Wendland. Ainda não foram publicados estudos de adaptação e/ou validação desse instrumento no contexto brasileiro.

*Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI PLUS) (Sheehan et al., 1998). Entrevista diagnóstica padronizada breve, com duração variável entre 15 e 30 minutos, que investiga 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (APA, 1994) e os principais transtornos da CID-10 (OMS, 1993). Foi utilizada, neste estudo, para identificar a presença de episódio depressivo maior (atual ou passado) e excluir a participação de mães com indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e antissocial e com regressão psicótica.

*Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo* (EPDS) (Cox et al., 1987). Escala autoaplicável, com duração aproximada de 10 minutos, utilizada com o objetivo de identificar sintomas de depressão nas mães. As opções recebem pontuação conforme a presença ou a intensidade do sintoma nos últimos sete dias. Quando a soma dos itens assinalados resultar numa nota final igual ou superior a 11 (de um total de 30), considera-se que indicadores de depressão estão presentes. O estudo de validação nacional apontou uma consistência interna medida pelo alpha de Cronbach de 0,80 (Santos, Martins, & Pasquali, 1999).

*Entrevista sobre a Gestação e o Parto, e sobre a Experiência da Maternidade*. Roteiro semiestruturado para conhecer a história de vida dos pais do bebê, rela o do casal, gravidez, parto, vivência da maternidade, cuidados iniciais com a criança, histórico e manifesta o do sintoma psicofuncional e dos sintomas de depressão na mãe. Seu tempo aproximado de aplica o   de 60 minutos, podendo variar de acordo com as informa es fornecidas.

*Interaction Assessment Procedure* (IAP) (Wiese & Leenders, 2006). Para avaliar a intera o da díade por meio de uma filmagem com dura o aproximada de 25 minutos e em seis momentos consecutivos: 1) Mãe brincar com bebê sem brinquedos; 2) Mãe brincar com o beb  com brinquedos ofertados pela pesquisadora;

3) Mãe ensinar o bebê a montar um brinquedo ofertado pela pesquisadora; 4) Mãe fingir ler uma revista, evitando dar aten o ao bebê; 5) Mãe sair da sala de filmagem por um período breve, deixando a criança brincando; 6) Mãe retornar e atender o beb . O protocolo avalia quatro categorias de comportamentos maternos: sensibilidade (comportamento emocional externalizado na expressão facial e na voz durante a intera o), estrutura (habilidade de estruturar a situa o e o comportamento da criança, objetivando uma intera o bem-sucedida), não intrusividade (habilidade para interagir com o bebê em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento) e não hostilidade (habilidade para interagir com a criança revelando emo es positivas na intera o). Também avalia duas categorias no comportamento da criança: responsividade (nível de satisfa o na intera o com a mãe) e envolvimento (nível de participa o na intera o com a mãe). Para cada uma dessas categorias, o avaliador deve assinalar, em uma escala do tipo Likert, variando de inexistente a excelente, a op o que melhor representa os comportamentos observados em cada um dos parceiros e da díade, fornecendo uma avalia o qualitativa da qualidade da intera o em cada categoria de comportamento observado. Não existem informa es sobre valida o do procedimento no contexto brasileiro.

#### *Procedimentos*

Após aprova o do projeto maior pelo Comit  de  tica em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Resolu o n  279.446), iniciou-se a coleta de dados, que ocorreu em duas etapas. Na primeira, buscou-se identificar duplas elegíveis para a pesquisa: mães com depressão e beb s com sintoma psicofuncional. Para isso, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE 1) e responderam ao Questionário sobre Dados Sociodemográficos da Família,   Ficha de Dados Clínicos, ao Questionário *Symptom Check-List*, ao MINI PLUS e EPDS.

Após essa etapa, as duplas em que não foram identificados sintomas de depressão na mãe, mas que os filhos apresentaram algum tipo de sintoma psicofuncional, foram encaminhadas a um projeto associado   pesquisa maior, enquanto que as díades em que as mães apresentaram depressão e os beb s não manifestaram sintoma foram encaminhadas para a segunda etapa do estudo maior, o qual previa a interven o psicoterápica pais-beb  no contexto da depressão. Assim, as três díades nas quais foram identificadas depressão na mãe



e presença de sintoma psicofuncional no bebê foram encaminhadas para este estudo derivado, sendo também encaminhadas para a rede de assistência em saúde mental pública municipal.

Essa segunda fase ocorreu, no máximo, até 90 dias após a etapa inicial, e visou à avaliação da interação mãe-bebê e à exploração de aspectos relacionados à gestação, ao parto, à maternidade, à história de vida da dupla, à sintomatologia de depressão e à manifestação do sintoma no bebê. Assim, as mães assinaram um novo termo de consentimento, responderam à entrevista sobre a Gestação e o Parto, e sobre a Experiência da Maternidade e, por último, a dupla mãe-bebê foi filmada conforme a proposta do IAP.

#### *Análise dos Dados*

Os instrumentos padronizados foram analisados conforme o protocolo próprio e utilizados tanto para identificar as duplas participantes do estudo, quanto para fornecer informação para a construção dos casos. As fichas de dados sociodemográficos e clínicos foram igualmente utilizadas para a construção dos casos e serviram para complementá-los. As entrevistas realizadas com as mães, após serem transcritas, foram lidas e analisadas. A filmagem da dupla mãe-bebê por meio do IAP foi analisada conforme o protocolo por dois juízes que a analisaram e a classificaram individualmente para, posteriormente, cruzarem-se os dados. Nos casos em que houve divergência de interpretação, um terceiro juiz julgou para se chegar à definição da classificação final.

Após o levantamento dos dados, desenvolveram-se três eixos temáticos: (a) história da gestação e do

parto; (b) experiência da maternidade e a relação mãe-bebê; e (c) sintoma(s) do bebê. Conforme propõe Yin (2010), os casos foram analisados a partir de suas singularidades e, após, realizou-se a síntese dos casos por meio do cruzamento entre eles, a fim de compará-los quanto a semelhanças e divergências. Além desses eixos, a questão da depressão materna foi utilizada de forma transversal, passando a compreensão de todos os eixos em cada um dos casos.

## Resultados e Discussão

A análise singular de cada caso permitiu salientar alguns aspectos semelhantes e divergentes entre eles, como é possível observar na Tabela 1. Destaca-se que os nomes são fictícios, a fim de proteger a identidade dos participantes.

Quanto às características gerais das participantes, idade, classe econômica e escolaridade variaram. Ademais, todas são solteiras, apenas Sandra possui uma união estável com o pai do bebê, apesar de não morarem juntos. Também, verifica-se que a pontuação no EPDS foi similar (14 a 17 pontos), com a identificação de sintomas de depressão, porém o MINI, que revelou que todas apresentaram episódio depressivo passado, não confirmou o diagnóstico. Esse dado aponta, por um lado, que a ocorrência de depressão em outro contexto de vida favorece a manifestação da depressão materna (Aliane, Mamede, & Furtado, 2011), e por outro, incita um questionamento imprescindível sobre o diagnóstico. O MINI é fundamentado nos critérios do DSM, entretanto, ele não foi sensível à detecção de

Tabela 1

#### *Caracterização das Duplas Mãe-Bebê Participantes*

	Nome da mãe Nome do bebê	Idades	Sexo do bebê	Escolaridade (mãe)	Classe econômica familiar <sup>1</sup>	Tipo de sintoma psicofuncional no bebê	Pontuação		M.I.N.I. Módulo de depressão
							Symptom	EPDS	
1	Sandra Luan	41 anos 10 meses	M	Ensino Superior	B1	Comportamento	28	15	Episódio passado
2	Deise Leandro	25 anos 10 meses	M	Ensino Superior Incompleto	B2	Sono	14	17	Episódio passado
3	Paula Natália	19 anos 11 meses	F	Ensino Fundamental	D	Comportamento Alergias Respiração Digestão	32 12 9 9	14	Episódio passado

<sup>1</sup> Conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), numa escala com oito níveis que vão de E (baixa) a A1 (alta)''

sintomas atuais de depressão como foi o EPDS, que é exclusivo para a depressão materna.

#### *História da Gestação e do Parto*

Nenhuma gravidez foi planejada, sendo isso um fator de risco ao transtorno (Camacho et al., 2006), e todas resultaram de relacionamentos amorosos recentes. Percebe-se, nesse sentido, que o não planejamento foi uma característica das histórias de vida de duas mães (Sandra e Deise) que se repetiu na história dos filhos.

A reação diante da descoberta da gestação foi ambivalente nos três casos: Sandra ficou muito emocionada, mas descontente porque queria ter engravidado do ex-companheiro; Deise inicialmente pensou em um aborto, mas desistiu porque ficou muito emocionada ao ouvir pela primeira vez o coração do filho; e Paula ficou feliz porque queria uma menina, mas triste porque não desejava aquela gravidez. De acordo com Tachibana, Santos e Duarte (2006), a ambivalência é comum nesse período, especialmente quando se trata de uma situação não planejada pela mãe.

Ademais, durante a gestação, todas passaram por distintos eventos estressantes, como risco de aborto, repouso total e isolamento (Sandra), críticas da família (Deise) e brigas, separação e tentativa de suicídio (Paula), corroborando a literatura, que evidencia que eventos estressantes aumentam as chances de depressão (Aliane et al., 2011; Rapoport & Piccinini, 2011). Em relação ao estado emocional naquele período, choro fácil, tristeza e insegurança diante do novo papel foram unânimes, evidenciando o estado depressivo gestacional, assim como sentimentos que são comuns, especialmente em primíparas, de incertezas diante de sua nova função (Simas, Souza, & Scorsolini-Comin, 2013). Quanto ao parto, com exceção de Deise, que realizou uma cesárea de urgência, não ocorreram problemas e foram tranquilos.

Outro aspecto que apareceu diz respeito ao primeiro contato com o bebê, que foi carregado de emoção para todas. Pode-se compreender, pelo discurso de cada participante, que o nascimento do filho foi um acontecimento importante porque as mães podem ter experimentado uma sensação de completude, sendo os bebês colocados em um lugar de objeto de desejo (Jerusalinsky, 2011). Assim, parece que as mães, que já estavam num estado depressivo desde a gravidez, tomaram seus filhos como tábua de salvação.

#### *Experiência da Maternidade e a Relação Mãe-Bebê*

A percepção sobre a maternidade foi bastante peculiar para cada caso. Sandra percebeu-se muito

mudada, especialmente, quanto à relação com as pessoas, e não referiu na entrevista aspectos negativos. Deise destacou a maturidade que desenvolveu e o desejo de lutar para proporcionar uma boa vida ao filho, contudo, também se sentiu sem liberdade para fazer coisas que fazia antes de ter o bebê. Por fim, o relato de Paula evocou atenção por ter sido mencionado apenas um aspecto: a responsabilidade.

Apesar de singulares, pode-se dizer que os pontos mencionados pelas mães sobre a percepção da maternidade referem-se à reorganização da identidade proposta por Stern (1997). De acordo com o autor, no período da maternidade a mãe precisa transformar-se e reorganizar sua identidade, para que possa permitir e facilitar o desempenho da função materna. Esse processo demanda um novo trabalho psíquico e é necessário para que a mãe “altere seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, e suas atividades” (p. 169). Assim, as participantes mencionaram as mudanças que lhes foram significativas nesse caminho de reestruturação identitária.

Além disso, Sandra e Paula revelaram que o retorno ao trabalho foi um evento difícil. Sandra percebeu que, no seu caso, a dificuldade estava nela em se separar do bebê e da rotina que levavam juntos, ao passo que Luan ficou tranquilo e adaptou-se bem. Paula referiu que foi a filha que sentiu dificuldades, pois começou a apresentar resistência na alimentação e no desmame, e a mãe não deixou claro como foi para si essa situação. O relato de ambas ratifica que o afastamento temporário da dupla devido ao retorno da mãe ao trabalho tende a provocar um estado de estresse na mãe, podendo trazer efeitos para a relação mãe-bebê (Schwengber & Piccinini, 2004).

Sobre os cuidados iniciais com o bebê, nenhuma participante mencionou ter tido dificuldades nos primeiros dias, confrontando a literatura (Sousa, Prado, & Piccinini, 2011). Entende-se que é difícil avaliar esse dado de maneira retroativa, mas se supõe que está associado ao fato de já estarem deprimidas desde a gestação, uma vez que não houve uma mudança inesperada no humor que as impedisse de cuidar dos filhos. Quanto à relação mãe-bebê, Sandra foi quem demonstrou maior segurança ao mencionar a boa interação com Luan, a quem procurou dedicar um tempo para brincar. Também relatou achar fácil compreender o choro e as expressões do filho e, de forma contraditória, disse que não se considerava perfeita, entretanto nunca havia errado com o filho. Ela foi a única participante que não conseguiu amamentar o bebê, ficou chateada e sentiu-se

culpada por isso, evidenciando que suas condições emocionais refletiram nesse processo. Assim, sua segurança pode ter relação com o fato de ela ser a participante mais velha e estar estável profissional e financeiramente. Ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar aspectos de negação em seu discurso relacionados à sua característica de autossuficiência, que dificulta que ela assuma que é possível falhar nos cuidados com o filho sem que isso a torne uma mãe pior.

A respeito da interação, Deise destacou a presença da própria mãe na relação com o bebê, considerando que ele era mais ligado emocionalmente à avó. Em relação a isso, mostrou-se ambivalente, pois referiu satisfação com a ajuda da mãe, mas também incômodo pelas intervenções que ela fazia. Pode-se relacionar isso à reorganização identitária própria à maternidade (Stern, 1997), pois seu lugar de filha estava bem-estabelecido, ao passo que o de mãe ainda estava em construção, e se a avó materna assumia em demasia funções com o bebê, talvez fosse porque Deise não conseguia romper com isso, tendo um ganho psíquico com a situação. Ao mesmo tempo, formou-se um círculo vicioso, de modo que ela não conseguia assumir seu papel materno porque sua mãe não permitia. Ademais, amamentou o bebê desde os primeiros dias e, naquele momento, estava tentando desmamá-lo, algo que considerava difícil para a dupla. No mesmo sentido, supõe-se que é difícil para ela, pois este é um momento único entre a díade e uma tarefa na qual a avó materna não pode interferir ou fazer por Deise.

Paula foi quem mais deixou claro que a presença dos sintomas de depressão dificultou a relação com a filha, pois se sentiu muito frágil e sem condições de cuidá-la nos primeiros meses. Também, muitas vezes relatou não conseguir interpretar o choro da criança, que parecia sem motivo aparente, confirmando que a depressão dificulta que a mãe traduza o que o seu bebê

quer comunicar (Frizzo, Vivian, Piccinini, & Lopes, 2013). Atualmente, esforça-se para interagir e brincar com o bebê, procura cuidar da filha sem “descontar” nela sua fragilidade, porém, às vezes, elas não se entendem em função do temperamento da criança (sic). Ademais, está tentando desmamá-la, porém esse processo está difícil para o bebê, que apresentou alergia à lactose e recusa alimentos novos, talvez como uma forma de ficar no peito materno.

Com relação ao IAP, os resultados podem ser visualizados na tabela 2.

A análise do IAP dos três casos sinalizou que as mães mostraram uma sensibilidade boa (exceto Deise, que foi excelente), estruturação inconsistente (exceto Deise, que foi excelente), postura parcialmente intrusiva e com hostilidade encoberta (exceto Sandra, que não foi hostil). Esse resultado corrobora o que afirmam Fonseca, Silva e Otta (2010), que a estruturação proporcionada pela mãe tem correlação positiva com o apoio social percebido por ela, e duas mães, em algum momento, revelaram essa carência, com exceção de Sandra, que não deixou claro o apoio familiar que recebia. Além disso, todas foram parcialmente intrusivas, corroborando os trabalhos de Schwengber e Piccinini (2004) e Alvarenga e Palma (2013), que sinalizam que mães com depressão apresentam maior intrusividade na interação mãe-bebê.

Quanto ao comportamento dos bebês, a responsividade de Leandro e de Natália foi moderada, e a de Luan foi fraca. Conforme et al. (2010), bebês de mães deprimidas tendem a ser mais responsivos quando há maior disponibilidade materna, o que faz supor que as mães, no momento, não conseguiam estar disponíveis para a interação. Chama a atenção, também, que os bebês das mães que tiveram, em algum momento, suporte psicológico ou psiquiátrico, tiveram responsividade maior que aquele cuja mãe não teve qualquer

Tabela 2  
Resultado do IAP

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
Mãe	Sensibilidade	Boa	Excelente	Boa
	Estruturação	Inconsistente	Excelente	Inconsistente
	Intrusividade	Parcial	Parcial	Parcial
	Hostilidade	Não	Encoberta	Encoberta
Bebê	Responsividade	Fraco	Moderado	Fraco
	Envolvimento	Fraco	Excelente	Fraco

tipo de acompanhamento. Quanto ao envolvimento, salvo Leandro, que foi excelente, o restante foi fraco, o que leva ao pressuposto que uma mãe com depressão encontra dificuldades de convocar seu bebê a ponto de envolvê-lo suficientemente com o que ela propõe na interação.

#### *Sintoma(s) do Bebê*

A área do comportamento foi a que se destacou entre os sintomas manifestados, indo ao encontro do dado apresentado por Robert-Tissot et al. (1996), que o sintoma comportamental é um dos mais frequentes e acomete 21% das crianças até 15 meses. Esse sintoma se expressou em Luan e Natália, que foram considerados bebês bravos, pois choravam muito e batiam a cabeça na parede quando tinham ataques de raiva, os quais ocorriam com frequência. Contudo, apenas Natália era agressiva com outras pessoas, sobretudo com a mãe. Os outros sintomas que apareceram foram: sono em Leandro (sintoma prevalente que se manifesta em 52% de bebês até 15 meses, conforme Robert-Tissot et al., 1996), e alergia, digestão e respiração em Natália. Diante disso, surpreendeu o fato de não aparecer o sintoma na área da alimentação, uma vez que, segundo Mazet e Stoleru (1990), ele é o mais frequente e pode afetar 70% dos bebês.

Em todos os casos, os sintomas estavam vinculados, de certa forma, à presença da mãe, ratificando que a manifestação de sintomas precoces aponta para uma dificuldade na interação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Robert-Tissot et al., 1996). Sandra relatou que os ataques de raiva do bebê só aconteciam em casa e com ela. Deise referiu que o bebê só conseguia dormir no seu colo e era ela quem deveria fazê-lo dormir; mas quando a avó tentava, não encontrava dificuldades. Paula mencionou, quanto ao sintoma comportamental, que as agressões do bebê eram dirigidas a ela. Porém, apenas Sandra e Deise identificaram dificuldades emocionais próprias que, para elas, contribuíram para a manutenção do sintoma dos filhos.

O bebê precisa que quem ocupa a função materna pressuponha que seu corpo quer manifestar algo e, assim, consiga traduzir-lhe por meio de palavras, gestos e cuidados. Entretanto, a depressão materna pode prejudicar a disponibilidade emocional, a capacidade de compreensão e interpretação da demanda do filho e essa condição, quando permanente, impede que ela faça as traduções necessárias para que o corpo do bebê não seja afetado, o qual é usado demasiadamente como via de expressão para denunciar seu sofrimento,

fazendo-o defender-se precocemente por meio do sintoma psicofuncional.

### **Considerações Finais**

Este estudo revelou que as participantes estavam expostas a diversos fatores de risco ao desenvolvimento da depressão materna, sendo aqui destacados os que foram comuns a todas: histórico de depressão em outros momentos de vida, gravidez não planejada, ocorrência de depressão gestacional, ser mãe solteira e vivência de eventos estressantes na gravidez. Além disso, pela depressão tratar-se de uma psicopatologia multifatorial, é relevante mencionar o quanto os aspectos psicodinâmicos estiveram presentes em seus relatos, sendo fatores bastante singulares para cada caso, conforme a história de vida de cada uma.

Outra questão comum a todas se refere à relação da presença da mãe na manifestação do(s) sintoma(s) do filho, pois, nos três casos, os bebês expressavam intensamente seus sintomas quando estavam aos cuidados delas. Assim, entende-se esse fenômeno como um efeito provocado pela interação com a mãe, que pode ter sido afetada pela depressão materna, sendo o sintoma uma forma de as crianças expressarem seu sofrimento devido à carência no exercício da função materna e nas tarefas que ela exige. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo sentidos.

Pode-se dizer que o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre a depressão materna e sua relação com a sintomatologia precoce na primeira infância. Ademais, considerando a relevância da identificação precoce de sinais de depressão na gestante ou na mãe, assim como de sintomas psicofuncionais em bebês, esta pesquisa atenta para a necessidade de um olhar diferenciado à saúde psíquica da dupla mãe-bebê. A partir dessa perspectiva clínica, é possível tratar e prevenir psicopatologias da díade de forma precoce, evitando a instalação de estados mais graves e prejudiciais. Ao mesmo tempo, essa postura permite a promoção de saúde e, para isso, é imprescindível a atuação dos profissionais de saúde na atenção à dupla, sendo o EPDS um facilitador devido à sua praticidade e acessibilidade. Esse foi um aspecto que não apareceu nos casos estudados, pois as mães, que já estavam deprimidas desde a gestação, não receberam qualquer tipo de atendimento especializado,



com exceção de Paula que chegou a uma situação excepcional (tentativa de suicídio). Fica, então, o questionamento: caso as mães tivessem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico desde quando apresentaram os primeiros sinais do transtorno, elas teriam desenvolvido depressão materna posteriormente e, por conseguinte, os bebês teriam manifestado sintoma? Não é possível apresentar respostas precisas a essa pergunta, porém pode-se afirmar seguramente que a intervenção precoce poderia trazer benefícios e amenizaria riscos.

Outro ponto essencial a ser destacado refere-se à consideração dos critérios diagnósticos de depressão maior para detectar depressão materna, tendo em vista que a maternidade tem singularidades e acarreta um funcionamento psíquico e um estado emocional peculiar na mulher (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997), aspectos estes que não foram detectados pelo MINI neste estudo. Entende-se, portanto, que é fundamental a construção de um construto próprio à depressão nesse contexto, assim como de instrumentos apropriados para sua avaliação, a fim de favorecer a elaboração do diagnóstico e de auxiliar para uma melhor assistência à saúde materno-infantil (Ruschi et al., 2007). Sugere-se, também, que novos estudos possam tentar compreender os casos de sintomas psicofuncionais do bebê quando não há depressão materna.

Em relação às limitações desta pesquisa, cita-se o Questionário *Symptom – Check-List*, empregado para a identificação dos sintomas psicofuncionais nos bebês, que não tem uma versão traduzida e utilizada em estudos anteriores. Dessa forma, não há dados indicativos de prevalência que reafirmem que o instrumento é sensível à detecção de sintomas. Contudo, com o emprego da abordagem qualitativa na compreensão dos dados da presente pesquisa, esse problema foi, em parte, amenizado. Outro aspecto referente ao questionário diz respeito ao fato de ele não estar ainda validado no Brasil e não ter protocolo para a interpretação dos resultados, sendo tal validação essencial para estudos posteriores que envolvam essa temática.

Portanto, espera-se que esta pesquisa tenha fomentado o desenvolvimento científico na área, trazendo subsídios à construção de estratégias de prevenção e de promoção de saúde mental. Entretanto, sabe-se que não se esgotaram as possibilidades de estudos sobre o assunto, sendo fundamental a continuidade da investigação em estudos futuros. Assim, sugere-se a realização e avaliação de intervenções clínicas junto à dupla mãe-bebê, de estudos longitudinais

que possibilitem o acompanhamento dessas crianças e, também, a efetuação de pesquisas de prevalência dos sintomas psicofuncionais na primeira infância, tendo em vista a carência de dados atuais.

## Referências

- Aliane, P. P., Mamede, M. V., & Furtado, E. F. (2011). Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. *Psicologia em pesquisa*, 5(2), 146-155. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Alvarenga, P., & Palma, E. M. S. (2013). Indicadores de depressão materna e a interação mãe-criança aos 18 meses de vida. *Psico*, 44(3), 402-410. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/>
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM-IV* (4ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM-5* (5ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013). Critério de classificação econômica Brasil. Recuperado de [www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx](http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx)
- Batista, G. S., Freitas, A. M. F. D., & Haack, A. (2009). Alergia alimentar e desmame precoce: Uma revisão do ponto de vista nutricional. *Comunicação em ciências da saúde*, 20(4), 351-359. Recuperado de <http://www.escs.edu.br/>
- Brum, E. H. M. de. (2006). A depressão materna e suas vicissitudes. *Revista Psyche*, 19, 95-108. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n19/v10n19a07.pdf>
- Brum, E. H. M. de., & Oliveira, D. (2012). Depressão pós-parto: Divergências conceituais. *Revista saúde mental em foco do CESUCA*, 1, 1-23. Recuperado de <http://ojs.cesuca.edu.br/>
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica*, 33(2), 92-102. doi: 10.1590/S0101-60832006000200009
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr., J. O. E. L. (2010). Transtornos psiquiátricos no

- pós-parto. *Revista psiquiatria clínica*, 37(6), 288-294. doi: 10.1590/S0101-60832010000600006
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Moraes, A. B. de. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. doi: 10.1590/1982-0216201418812
- Costa, A. J., Silva, G. A., Gouveia, P. A., & Pereira-Filho, E. M. (2004). Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. *Jornal de pediatria*, 80(4), 291-295. doi: 10.1590/S0021-75572004000500008
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British journal of psychiatry*, 150, 782-86. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/>
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebê. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa saúde da família. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 27(4), 181-188. doi: 10.1590/S0100-72032005000400004
- Dias, L. O., & Coaracy, T. M. S. (2014). Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: Fatores de risco e suas repercussões. *Revista interdisciplinar*, 6(4), 205-215. Recuperado de <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/>
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant behavior and development*, 34(1), 1-14. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Fonseca, V. R. J., Silva, G. A. da., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de saúde pública*, 26(4), 738-746. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400016
- Frizzo, G. B. (2012). Depressão pós-parto: Antecedentes, prevalência e intervenção. Projeto de pesquisa não publicado.
- Frizzo, G. B., Vivian, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2013). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of child and family studies*, 22(4), 569-581. doi: 10.1007/s10826-012-9612-2
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista pediatria moderna*, 41(4), 210-213. Recuperado de [www.institutogerar.com.br/](http://www.institutogerar.com.br/)
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança. Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA: Editora Ágalma.
- Lobato, G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: Uma revisão sistemática. doi: 10.1590/S1519-38292011000400003
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Molero, K. L., Urdaneta Machado, J. R., Baabel Zambrano, N., Contreras Benítez, A., Azuaje Quiroz, E., & Baabel Romero, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4), 294-304. doi: 10.4067/S0717-75262014000400008
- Morais, M. de L. S., Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de psicologia (Natal)*, 20(1), 40-49. doi: 10.5935/1678-4669.20150006
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebês. *Estudos de psicologia*, 9(3), 451-456. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300007
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225. doi: 10.1590/S1413-82712011000200010
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D.,... Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199622)17:2<97
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J. P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M.

- de,... Palacio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Symptom Check-list". Em S. Lebovici, P. Mazet, & J. P. Visier (Eds.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresis, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica Chile*, 13(8), 536-542. doi: 10.4067/S0034-98872010000500002
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. de. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280. doi: 10.1590/S0101-81082007000300006
- Santos, M. F. S. dos, Martins, F. C., & Pasquali, L. (1999). Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: Um estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 90-95. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/>
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141-148. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(3), 233-240. doi: 10.1590/S0102-37722004000300004
- 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. *Estudos de psicologia*, 22(2), 143-156. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200004
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-57. Recuperado de: <https://www.musc.edu/>
- Silva, G. A. (2013). *Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: Contribuições metodológicas de uma metanálise* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: teoria e prática*, 15(1), 19-34. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Sousa, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: reflexão e crítica*, 24(2), 335-343. doi: 10.1590/S0102-79722011000200015
- Stephan, A. M. S., Costa, J. S. D. D., Stephan, L. S., & Secco, A. F. B. (2010). Prevalência de sintomas de asma em lactentes, pré-escolares e escolares em área coberta pelo programa saúde da família, Pelotas, RS, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 19(2), 125-132. doi: 10.5123/S1679-49742010000200005
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Tachibana, M., Santos, L. P., & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psichê*, 10(19), 149-167. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Urdaneta M., M. J., Rivera, S. A., García I., J., Guerra V., M., Baabel Z., N., & Contreras B., A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. doi: 10.4067/S0717-75262010000500007
- Wiese, E. B. P., & Leenders, F. (2006). Interaction assessment procedure – IAP: A qualitative approach to parent/infant interaction. Em *10<sup>th</sup> World Association for Infant Mental Health Congress*, Paris, FR.
- Wiggs, L. (2012). Serviços e programas eficazes para o manejo de distúrbios do sono do bebê e da criança e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5 anos). *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância*, 1-7. Recuperado de <http://www.encyclopedia-crianca.com/>
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4<sup>a</sup> ed.) Porto Alegre, RS: Bookman.

Recebido em: 13-06-2016

Reformulado em: 10-09-2016

Aprovado em: 30-09-2016

Sobre as autoras:

**Heloisa Cardoso da Silva** é psicóloga, especialista em Problemas do Desenvolvimento na Infância e Adolescência (Centro Lydia Coriat), mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS).

*E-mail:* heloisacds@gmail.com

**Milena da Rosa Silva** é psicóloga, doutora em Psicologia (UFRGS), professora da graduação em psicologia e orientadora de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, da UFRGS, Porto Alegre/RS, Brasil. Co-coordenadora do Centro Pais-Bebês e do Núcleo da Infância da Clínica de Atendimento Psicológico da mesma Universidade.

*E-mail:* milenarsilva@hotmail.com

**Giana Bitencourt Frizzo** é psicóloga, doutora em Psicologia (UFRGS), professora do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e Personalidade e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e coordenadora do Centro Pais-Bebês do Instituto de Psicologia da UFRGS, Porto Alegre/RS, Brasil.

*E-mail:* gifrizzo@gmail.com

**Tagma Marina Schneider Donelli** é psicóloga, doutora em Psicologia (UFRGS), professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da UNISINOS, São Leopoldo/RS, Brasil.

*E-mail:* tagmad@unisinos.br

Contato com as autoras:

Rua General Firmino Paim, 865  
Torres-RS, Brasil