

## INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM CONTEXTO DE DEPRESSÃO MATERNA: ASPECTOS TEÓRICOS E EMPÍRICOS

Giana Bitencourt Frizzo\*  
Cesar Augusto Piccinini#

**RESUMO.** O presente estudo teve por objetivo revisar a literatura sobre a interação mãe-bebê em situação de depressão materna. Em particular, buscou-se analisar os diversos fatores que podem mediar o impacto da depressão materna no desenvolvimento do bebê, dentre eles a idade da criança, o seu temperamento, a cronicidade do episódio depressivo materno e o estilo interativo da mãe deprimida. A literatura revisada revela que a depressão afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, em vista da influência deste quadro no contexto familiar. Alguns estudos sugerem ainda que a presença do pai e a ausência de conflitos conjugais são fatores que podem amenizar os efeitos da depressão materna para o bebê.

**Palavras-chave:** depressão materna, interação mãe-bebê, interação pai-bebê.

## MOTHER-BABY INTERACTION IN THE CONTEXT OF MATERNAL DEPRESSION: THEORETICAL AND EMPIRICAL ISSUES

**ABSTRACT.** The aim of the present study was to review the literature on mother-infant interaction in the context of maternal depression. Particularly, it aimed to examine several factors that could mediate the maternal depression impact on infant development, such as the child's age and temperament, the chronicity of the maternal depression episode and the depressed mother's interaction style. The literature reviewed shows that depression affects not only the mother, but also the baby and even the father, because of its influence on the family context. Some studies also suggest that the father's presence, as well as, the absence of marital conflict, may buffer the maternal depression effects on the baby.

**Key words:** maternal depression, mother-infant interaction, father-infant interaction.

A depressão parental pode afetar o desenvolvimento da criança, predispondo-a a problemas emocionais e de comportamento (Jacob & Johnson, 1997). De acordo com Phares, Duhig e Watkins, (2002), as famílias onde um dos genitores apresenta depressão tendem a ser menos coesas, menos adaptativas, mostram menos envolvimento e são mais superprotetoras do que famílias onde nenhum dos pais apresenta depressão. A história de interações com uma mãe deprimida pode ter um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê (Field, Healy, Goldstein & Guthhertz, 1990), já que as interações se constituem em interjogos entre parceiros onde um influencia o outro em um processo contínuo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca

(Piccinini, Seidl de Moura, Ribas, Bosa, Oliveira, Pinto, Schermann & Chahon, 2001). Além disso, as consequências da depressão parental podem se estender para além da própria infância, tendo-se em vista que as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações (Bowlby, 1989).

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo revisar a literatura sobre a interação mãe-bebê em situação de depressão, buscando examinar suas implicações para o desenvolvimento da criança. Inicialmente são apresentadas as principais características do puerpério e dos transtornos do pós-parto, em particular da depressão materna. A seguir, examinam-se os principais estudos sobre o impacto da depressão materna na interação mãe-bebê. Por fim,

\* Psicóloga (UFSM), Mestre e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

# Doutor pela University College London (Inglaterra), Pesquisador do CNPq e docente do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

discute-se a importância da interação pai-bebê no contexto da depressão materna.

### O PUERPÉRIO COMO CONTEXTO DAS PRIMEIRAS INTERAÇÕES

O puerpério, assim como outras fases do ciclo vital, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham (Maldonado, 2000). De acordo com Stern (1997), a nova mãe precisa mudar o centro de sua identidade de filha para mãe, e até por vezes de profissional para mãe de família. Tal reorganização seria importante para ela poder alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo, energia e suas atividades. Stern denomina de “constelação da maternidade” a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê. Já para Winnicott (1978), neste período a mulher entra num estado especial, denominado de “preocupação materna primária”, em que ocorre um estado de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê.

Assim, nesse momento, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê, para que possa imaginar o que ele precisa e daí colocar-se em seu lugar (Granato & Aiello-Vaisberg, 2003). Conforme Aiello-Vaisberg e Granato (2002), a mãe precisa sobreviver aos ataques de cólera de seu bebê, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar, à falta de sono que ele lhe impõe; em suma, precisa renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu bebê. Mas ela consegue fazer tudo isso por causa desse estado especial em que se encontra. Soma-se a isso o fato que o nascimento de um filho pode, por exemplo, reativar uma problemática antiga, que não tenha sido suficientemente elaborada pela mãe (De Felice, 2000), já que o puerpério é considerado uma fase propensa a crises emocionais (Maldonado, 2000; Stern, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três tipos poderiam ser destacados: a melancolia da maternidade (*baby blues*), a psicose puerperal e a depressão.

A melancolia da maternidade parece ser um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dito e pode ser concomitante a mudanças neurofisiológicas normais no puerpério (Miller, 1997). Este quadro pode atingir de 70 a 90% das puérperas (Dunnewold, 1997; Szejer & Stewart, 1997). Já a psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, que normalmente exige internação (O’Hara, 1997).

Quanto à depressão – foco do presente estudo – ela ocorre em cerca de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O’Hara, Zekoski, Phillips, & Wright, 1990). Sua etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores têm sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade (Beck, 1991; Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995).

Além disso, a literatura recente tem enfatizado que existe pouca distinção entre as depressões que acometem as mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até mesmo do segundo ano de vida das crianças (Beeghly, Weinenberg, Olson, Kernan, Riley & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerly & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993). Mas, segundo O’Hara (1997), nem a psicose puerperal nem a melancolia da maternidade são consideradas patologias específicas pelo DSM-IV ou pelo CID10. Apesar da recente flexibilização no uso do conceito de depressão materna pós-parto até o segundo ano de vida do bebê, visando evitar confusões, optou-se no presente estudo por utilizar o critério do DSM-IV, que define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. Já a depressão que acomete mães após este período, especialmente no primeiro ano do bebê, será denominada depressão materna.

Quanto à cronicidade, a depressão pode se estender por um período de seis meses a um ano (Parry, 1997). Em geral, a duração dos episódios de depressão pós-parto é de alguns meses e não difere, em relação ao tempo de duração, de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto (O’Hara, 1997). Caracteristicamente a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê compreende alterações no apetite e sono, dificuldade de dormir especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis (Dunnewold, 1997). Também podem ocorrer idéias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa. Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo

e podem prejudicar as atividades normais da mulher (O'Hara, 1997).

De modo geral, a literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a ser leve (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; Steiner & Tam, 1997; Whiffen & Gotlib, 1989). Entretanto, mesmo que sejam leves, estes sintomas podem trazer muito prejuízo para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher se sinta feliz com a chegada do bebê (Maldonado, 2000). De acordo com Steiner e Tam (1997), o fato de a depressão ao longo do primeiro anos de vida do bebê ser geralmente leve ou moderada faz com que freqüentemente ela não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que uma internação seja necessária. Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

O conflito conjugal também pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério (Cooper & Murray, 1995). A falta de suporte social é outro fator que tem sido relatado na literatura como fator de risco para a depressão materna ao longo do desenvolvimento do primeiro ano do bebê (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984; O'Hara, 1997). Bowlby (1989) sugere que o apoio de uma outra mulher, e mesmo do marido ou companheiro, no período peri e pós-natal, pode dar grande suporte emocional ou fornecer uma base segura para a mãe recente, tão necessária em momentos de estresse.

No entanto, o fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão materna ao longo do primeiro ano do bebê é a história pessoal e familiar de transtornos do humor (Cooper & Murray, 1995; Dunnewold, 1997; O'Hara, 1997, O'Hara, Rehm & Campbell, 1983). Sentimentos negativos da futura mãe em relação ao casamento e a gravidez no período pré-natal apareceram fortemente correlacionados ( $r=0,83$ ) com depressão materna aos quatro meses de idade do bebê (Field, Sandberg, Garcia, Vega-Lahr, Goldstein & Guy, 1985). Já Murray, Stanley, Hooper, King & Fiori-Cowley (1996a) relataram que o humor da mãe pode ser influenciado pelo desenvolvimento comportamental do bebê, pois a irritabilidade neonatal e o pobre funcionamento motor do bebê foram significativamente preditivos da depressão materna.

Alguns fatores parecem ser mais importantes para a depressão materna, como o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez. Segundo O'Hara

(1997), mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. Além disso, a relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerado um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério (De Felice, 2000).

É possível que existam fatores biológicos associados à depressão que acomete mães ao longo do primeiro ano do bebê, mas a literatura ainda é bastante inconsistente quanto às variáveis envolvidas na etiologia deste transtorno, e tende a destacar mais a contribuição dos fatores psicológicos (Hendrick & Altshuler, 1997; O'Hara, 1997). Alguns fatores de risco podem predispor a mulher à depressão nesse período, como eventos adversos na vida, tais como desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras (O'Hara, 1997; O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984) e nascimento prematuro do bebê (Alfaya & Schermann, 2001). Segundo O'Hara (1997) não está claro quanto as variáveis demográficas, como idade da mãe, renda e nível socioeconômico, podem estar relacionadas com a depressão materna, sendo necessários mais estudos para investigar esse problema.

De acordo com O'Hara (1997), é plausível pensar que as inconsistências na literatura podem estar relacionadas ao fato de que depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê é multideterminada. Neste sentido, um único fator não deve causar este transtorno, mas a combinação de diversos fatores adversos aumenta a vulnerabilidade da nova mãe de desenvolver a depressão.

Assim, alguns estudos têm destacado também as contribuições do próprio bebê para o contexto da depressão materna. Por exemplo, Murray e cols. (1996a) revelaram que a irritabilidade do bebê e pobre desenvolvimento motor foram preditivos da depressão materna em mães que já eram vulneráveis à depressão. Estas duas características infantis não são contingentes e sensíveis às respostas da mãe, limitando as oportunidades de uma interação mãe-bebê mais satisfatória e engajada psicologicamente. No entanto, aos dois meses da criança a interação mãe-bebê não foi relacionada com o funcionamento neonatal do bebê, talvez porque entre dez e quinze dias após o nascimento possa ter havido uma diminuição dessas características do bebê; ou ainda porque a responsividade materna ao bebê pareça ser afetada quando, além da depressão, há outros fatores de risco presentes, como a adversidade social (Murray & cols.

1996a; Murray, Hooper, King & Fiori-Cowley, 1996b), o conflito conjugal e a própria irritabilidade da criança (Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer & Beckmann, 2000).

### DEPRESSÃO MATERNA E A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E PAI-BEBÊ

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

A literatura tem sido consistente em caracterizar que mães deprimidas tendem a ser menos responsivas a seu bebê do que mães não deprimidas (Brazelton & Cramer, 1992; Campbell, Cohn & Meyers, 1992; Field, 1992; Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Shanberg, Zimmerman & Kuhn, 1988; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Hoffman & Drotar, 1991; Murray & cols. 1996b; Schwengber, 2003; Schwengber, no prelo; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1991). A depressão tenderia a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, condições inerentes à contingência das respostas; por isso ela tenderia a não ser adequadamente responsiva à sua criança. De acordo com Teti e Gelfand (1991), a forma como as mães deprimidas lidam com seus bebês parece ser indecisa, insensível e confusa, porque podem lhes faltar as habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com sua criança. Segundo os autores, o afeto depressivo parece também afetar os processos cognitivos da mãe através de diminuição do seu campo de atenção. Isto prejudica as suas habilidades para resolver problemas, predispondo esta mãe a déficits no seu papel materno.

Como as mães deprimidas também tendem a ficar mais reclusas e ensimesmadas, pode ocorrer uma inatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas de sua criança (Teti & Gelfand, 1997). A partir das comparações feitas por Radke-Yarrow e Zahn-Waxler (1990) entre mães

deprimidas e não deprimidas, foi sugerido que mães deprimidas tendem a ser mais hostis, menos afetuosas ou menos consistentes afetivamente, menos comunicativas, menos habilidosas no trato com o bebê, menos propensas a punir e usar disciplina, sendo ainda mais críticas quanto à criança, menos responsivas, mais negativas na interação com seus bebês e apresentariam estilos de atribuição de causalidade mais negativos.

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

Quanto ao bebê, a literatura indica que a depressão materna pode afetá-lo de diferentes maneiras. Os bebês tendem a ser particularmente vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (Campbell, Cohn & Meyers, 1992). Além disso, é no puerpério que se inicia mais concretamente o relacionamento mãe-bebê, e por isso esse período parece ter um significado psicológico fundamental para ambos (De Felice, 2000). De acordo com Cohn, Campbell, Mattias & Hopkins (1990), a falta de responsividade materna nos primeiros meses de vida parece provocar uma mudança desenvolvimental no bebê, pois tem sido empiricamente relacionada com um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê. Tal mudança pode ter implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna.

Segundo Stern (1997), apesar de as influências patogênicas para o bebê poderem estar ligadas a fatores sociais, econômicos e culturais, elas só têm impacto para o bebê quando passam pela interação entre ele e sua mãe. Quando está deprimida, ela mãe rompe o contato visual com o bebê e não tenta retomá-lo, torna-se menos responsiva e sua animação e tonicidade desaparecem. De acordo com esse autor, a depressão materna pode ser considerada um macroevento, e como tal, provavelmente não tem

significado para o bebê. No entanto, o bebê experiencia a depressão materna em microeventos, que constituem um nível descritivo dos eventos. Segundo Stern, os microeventos são as manifestações mais palpáveis e possuidoras de um sentido para o bebê. Por exemplo, quando o bebê sorri, a resposta da mãe a este sorriso é considerada um microevento. À medida que o bebê vai se familiarizando com tais eventos, desliga-se gradualmente de sua mãe, experienciando uma “microdepressão”. Esta microdepressão do bebê caracteriza-se pelo desaparecimento de sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial.

Este conceito de microdepressão do bebê proposto por Stern é análogo ao estilo de interação deprimido caracterizado nas diversas investigações de Field (1995 e 2002). Mas, segundo Stern, há um desejo de estar com a mãe, que pode levar o bebê a tentar estar com ela por meio da identificação e imitação, se ele não obtiver êxito em fazer com que sua mãe volte à vida de outras formas. Ou seja, a microdepressão do bebê não é apenas resultado da falta de responsividade materna, mas também do processo imitativo e identificatório que o bebê utilizou na tentativa de estabelecer contato com sua mãe (Stern, 1997).

Dessa forma, a depressão faz com que a mãe não responda adequadamente ao seu bebê, frustrando a expectativa da criança (Brazelton & Cramer, 1992). Mas como as mães não são deprimidas o tempo inteiro, nos momentos em que elas são capazes de interagir normalmente com seus bebês criam neles uma expectativa, e no momento em que elas se retraem novamente em função de sua patologia, o bebê fica de novo numa situação de depressão e desesperança. Para os autores, a repetição freqüente desse padrão pode ser uma explicação para a evitação do olhar do bebê e sua incapacidade ou falta de vontade em ter outros episódios de interação com outras pessoas.

Diversos estudos têm buscado comparar a interação entre mães deprimidas e não deprimidas. Por exemplo, Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) encontraram um número significativamente maior de interações sincrônicas positivas em díades mãe-bebê de mães não deprimidas do que entre mães não deprimidas. Nas díades em que a mãe apresentava depressão, também ocorreram comportamentos sincrônicos, mas estes eram de natureza negativa. Isso significa que os bebês tenderam a espelhar o comportamento predominante da mãe, independentemente de ele ser positivo ou negativo.

Nessa mesma direção, Hoffman e Drotar (1991) revelaram que os bebês de mães deprimidas, à semelhança de suas mães, apresentaram menor grau de afeto positivo e de expressão emocional, como se espelhassem o estilo interativo da mãe. Resultados semelhantes foram encontrados por Pickens e Field (1993) em um estudo sobre interação mãe-bebê face a face. Bebês de mães deprimidas passaram significativamente mais tempo evidenciando expressões de tristeza e raiva e menos tempo demonstrando interesse do que bebês de mães não deprimidas. É possível que estes bebês estivessem mais tristes e chateados ao interagir com suas mães. A menor freqüência de expressões de interesse entre os bebês de mães deprimidas pode também ser devida ao fato de que os bebês responderam a suas mães deprimidas com menos interesse, talvez porque elas possuíam um repertório mais limitado de expressões faciais. Corroborando estes achados, Cohn Campbell, Mattias e Hopkins (1990) indicaram que os comportamentos afetivos da mãe e do bebê - caracterizados por menor expressão de afetos positivos durante uma situação estruturada de interação face a face foram também generalizados para outros contextos interativos não-estruturados examinados em suas residências.

Outro fator que pode influir na presença ou ausência do estilo de interação deprimido é a idade em que o bebê se encontra. Bebês com poucas semanas de convívio com a mãe tenderiam a ser menos afetados pela depressão materna do que bebês mais velhos. Por exemplo, no estudo conduzido por Whiffen e Gotlib (1989) não foram encontradas diferenças, quanto a sua responsividade e atividade física, nos comportamentos de bebês de dois meses, filhos de mães deprimidas e não deprimidas, avaliados através da Escala Bailey de Desenvolvimento Infantil. Campbell, Cohn e Meyers (1992) também não encontraram diferenças em situações de interação face a face, alimentação e brincadeira nas díades mãe-bebê, com bebês nessa idade.

Na pesquisa realizada por Murray e cols., (1996a) também com bebês de dois meses constatou-se que, embora as mães deprimidas fossem menos sensivelmente ligadas (*attuned*) a seus bebês, eles não diferiram em relação ao grupo-controle. Uma possível explicação é que talvez suas mães ainda conseguiram empatizar com eles e serem responsivas aos seus sinais, ainda que em porcentagem menor do que a encontrada no grupo-controle. Os autores sugeriram que a depressão materna e a adversidade social influenciam a responsividade materna ao bebê, em função do grau da adversidade, cujos efeitos seriam

potencializados ou amenizados apenas em situações extremas. Todavia, parece haver certo consenso na literatura quanto ao impacto da depressão materna em bebês com mais de dois meses de idade. No estudo de Campbell, Cohn e Meyers (1992), as mães que continuavam deprimidas quando o bebê tinha seis meses eram menos positivas com suas crianças nas situações avaliadas do que as mães não deprimidas. Os bebês de mães deprimidas expressaram menos afeto positivo nas situações de interação face a face. Apoiando estes achados, o estudo de Cohn, Campbell, Mattias e Hopkins (1990), com bebês na mesma faixa etária do estudo acima, encontrou que eles expressavam menos afeto positivo ao interagir com suas mães deprimidas.

Resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo recente conduzido por Schwengber (no prelo) que examinou diversos comportamentos interativos entre mães e seus bebês de um ano de idade. Os resultados revelaram que as mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores da interação (introduzir brinquedos, manter atenção no brinquedo, expressar prazer e alegria e demonstrar ternura e afeição...), do que mães sem indicadores de depressão. Além disso, os bebês das mães com indicadores de depressão apresentaram mais afeto negativo, como rejeitar brinquedo, chorar, vocalizar negativamente e afastar-se ou resistir ao contato, do que os bebês de mães sem indicadores de depressão.

A cronicidade do episódio depressivo da mãe é um fator que provavelmente está relacionado com a idade do bebê (Campbell, Cohn & Meyers, 1992; Field, 1992, 1995; Goodman & Gotlib, 1999). Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) mostraram que bebês de três meses de idade de mães deprimidas apresentavam estilo de interação deprimido, mas se sua mãe já tivesse se recuperado da depressão aos seis meses, nesta idade ele não mais apresentava este padrão. Field (1992) encontrou resultados semelhantes ao examinar bebês da mesma faixa etária do estudo anterior. Bebês de mães que estavam deprimidas nos primeiros meses de vida do filho, mas que aos seis meses de idade deste já não apresentavam mais depressão, apresentavam desenvolvimento normal com um ano de idade. Já os bebês de mães que permaneciam deprimidas ao longo do primeiro ano de vida da criança, desenvolveram um estilo de interação deprimido, além de apresentarem desenvolvimento motor e mental inferior à média e estarem abaixo da curva normal de crescimento, especialmente com relação ao peso.

Resultados análogos foram encontrados por Campbell, Cohn e Meyers (1992) ao estudar longitudinalmente bebês de mães deprimidas aos dois, quatro e seis meses de idade. Aos seis meses, bebês de mães que continuavam deprimidas eram menos positivos em situações de interação face a face, enquanto aos dois meses não houve diferenças entre os grupos. As mães que continuavam deprimidas também eram menos afetivas com seus bebês e se engajaram menos com eles do que mães que não estavam mais deprimidas aos seis meses do bebê.

Além disso, mães deprimidas podem desenvolver dois estilos diferentes na interação com sua criança. Um primeiro seria intrusivo, ou seja, elas estimulariam excessivamente seus bebês, enquanto o segundo seria apático, ou seja, com pouca estimulação (Field, 2002). De qualquer forma, os dois estilos forneceria estimulações inadequadas para a criança. A criança tanto pode desenvolver um estilo de interação deprimido, com baixo padrão de atividade e apatia, como pode apresentar um comportamento hiperativo, ou seja, com irritação e grandes níveis de atividade, ambos na tentativa de se defender da estimulação inadequada de sua mãe.

É possível também que existam diferenças individuais na maneira como a depressão afeta as mães recentes, como mostrou Campbell, Cohn e Meyers (1992). Dentre as mães que permaneciam deprimidas ao longo das três fases envolvidas examinadas pela autora - aos dois, quatro e seis meses de vida do bebê - algumas ainda conseguiam se relacionar com o bebê de forma prazerosa, enquanto outras pareciam ter muitas dificuldades em estabelecer trocas positivas com seus bebês.

Uma importante contribuição das mães para seus bebês é fornecer uma regulação externa para que eles desenvolvam adequadamente sua auto-regulação (Field, 1992, 1995). Bebês de mães com depressão crônica provavelmente precisariam muito desta heterorregulação, pois parecem estar biologicamente desregulados desde o nascimento, já que apresentam desde o início níveis elevados de hormônios relacionados com estresse (norepinefrina e cortisol). Talvez isto possa explicar, segundo a autora, seu sono desregulado, o comportamento desorganizado nas avaliações feitas pela Escala de Brazelton e a grande ativação do lobo frontal direito nos eletroencefalogramas logo após o nascimento. No entanto, como a mãe deprimida falha ao responder adequada e sensivelmente ao seu bebê, esse fica mais vulnerável a uma desorganização comportamental. Dessa forma, os bebês podem ficar mais insensíveis e rejeitadores aos estímulos providos da mãe, como

uma estratégia para se defender do comportamento materno (Field, 1992).

Mais recentemente, Field (2000) reconsiderou parcialmente este modelo, propondo que mães deprimidas que possuam um estilo de interação intrusivo, embora ainda forneçam uma estimulação pouco adequada, possam facilitar o seu desenvolvimento, pois elas estimulam verbalmente o bebê, o que acaba contribuindo para o seu desenvolvimento cognitivo. O mesmo não ocorreria com as mães deprimidas que possuem um estilo de interação apático, que caracterizava grande parte dos participantes dos estudos de Field (1992, 1995, 1997), de Field e cols. (1985) e Field e cols. (1988).

No seu conjunto, os estudos acima mostram claramente que a depressão materna se constitui em um problema que tende a afetar seriamente a relação mãe-bebê, especialmente quando não há ninguém que possa apoiar e/ou substituir as funções maternas comprometidas pela depressão. Uma das conseqüências da depressão materna é que, ao não receber um *feedback* de seus comportamentos, o bebê acaba por desenvolver também um estilo de interação deprimido (Field & cols., 1988). Nos casos em que o pai está presente, seu papel passa a ter grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interação mãe-bebê pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992).

Nesse sentido, vários estudos têm mostrado que o pai pode amenizar os efeitos negativos da depressão materna para o bebê. Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman, e Osteen (1987) mostraram que os pais das famílias em que a mãe estava deprimida eram mais envolvidos com suas crianças do que as mães, quando havia um bom relacionamento conjugal. Hossain, Field, Gonzalez, Malphurs, Del Valle e Pickens (1994) revelaram que os pais das famílias cujas mães estavam deprimidas apresentaram mais expressões faciais positivas e vocalizações do que as mães deprimidas, e os bebês também mostraram mais expressões faciais positivas e vocalizações ao interagirem com seus pais do que com suas mães.

Além disso, o estudo de Houssain e cols. (1994) não revelou a ocorrência de generalização do padrão de interação deprimido do bebê com sua mãe deprimida para a interação com seu pai, quando o pai não estava deprimido. Esses achados contrariam os de Field e cols. (1988), que indicaram uma generalização para pessoas estranhas. Isso pode ter ocorrido porque a interação do bebê com uma pessoa estranha pode ser

mais estressante para ele do que uma interação com seu pai.

A generalização do padrão de interação deprimido também não ocorreu no estudo de Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez e Clasky (1995) quando a interação envolveu uma pessoa que não fosse estranha, como a atendente da creche. As diversas contraposições ao estudo de Field e cols. (1988) sugerem que novas investigações são necessárias para que se compreenda adequadamente a real extensão da generalização do padrão de interação deprimido do bebê. É possível que a severidade e cronicidade da depressão materna, aliada a outros fatores, como o conflito conjugal, a ausência de apoio e de uma atuação paterna relevante, contribuam para que o padrão deprimido eventualmente se estenda para outras relações.

Enfim, os poucos estudos que consideraram o papel do pai no contexto da depressão materna sugerem que o pai pode exercer um papel protetor para o desenvolvimento infantil nestas situações (Hossain & cols., 1994; Hops & cols., 1987). Isso porque muitos autores referem que uma interação positiva pai-bebê pode compensar parcialmente uma interação mãe-bebê negativa ou insuficientemente boa (Belsky, Gilstrap & Rovine, 1984; Chabrol, Bron & Le Camus, 1996; Hops & cols., 1987; Parke, 1996). Além disso, o pai pode prover um modelo positivo, tanto aumentando os cuidados com seus filhos quanto apoiando a mãe deprimida, o que acaba contribuindo para uma melhor parentagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura revisada revela que a depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo em vista a influência deste quadro no contexto familiar. Contudo, a extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo.

A literatura sugere que em situação de depressão materna os pais tendem a ficar mais envolvidos com sua criança do que pais cujas esposas não são deprimidas, provavelmente numa tentativa de compensar as dificuldades do cônjuge com depressão. Dessa forma, o pai poderia amenizar os possíveis efeitos da depressão materna para seus filhos, ao prover um modelo de interação sensível e responsivo às necessidades das crianças, quando sua esposa pode não estar conseguindo fazê-lo. Tal contato com o pai

ou outro adulto não deprimido e familiar à criança deveria ser promovido a fim de minimizar o impacto da depressão materna para a criança. De qualquer modo é importante que essas famílias, cuja mãe apresente depressão, sejam acompanhadas através de atividades de prevenção e intervenção visando a promoção da saúde mental tanto das mães, como das crianças e das suas famílias.

## REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T.M. J. & Granato, T.M.M. (2002). A preocupação materna especial. *Psicologia Clínica*, 14, 87-92.
- Alfaya, C. & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, 115-129.
- Beck, C.T. (1991). Maternity blues research: A critical review. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 291-300.
- Beeghly, M., Weinberg, M.K., Olson, K.L., Kernan, H., Riley, J. & Tronick, E.Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71, 169-180.
- Belsky, J., Gilstrap, B. & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development*, 55, 692-705.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego*. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988).
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações* (M.B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R. & Astbury, J. (1994). *Missing voices: The experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F., Meyers, T. (1992). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Chabrol, H., Bron, N. & Le Camus, J. (1996) Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 19, 149-152.
- Cohn, J.F., Campbell, S.B., Mattias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H. & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: a prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152, 799-806.
- Cox, J.L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- De Felice, E. M. (2000). *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Vetor.
- Dunnewold, A. L. (1997) *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T. (1997) Depressed mothers and their infants. In: L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236.). New York: The Guilford Press.
- Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. *Stress, coping and depression* (pp. 3-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Field, T. (2002). Prenatal effects of maternal depression. In: S.H. Goodman & I.H. Gotlib. *Children of depressed parents* (pp.59-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Guthertz, M. (1990). Behavior state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Shanberg, S., Zimmerman, E.A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.
- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). Ser e fazer na maternidade contemporânea. *Estudos de Psicologia*, 20, 71-76.
- Hendrick, V. & Altshuler, L.L. (1997). Biological determinants of postpartum depression. Em L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp.65-82). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Hoffman, Y. & Drotar, D. (1991) The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby? *Infant Mental Health Journal*, 12, 65-80.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed"



- mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-357.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Miller, L.M. (1997), *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G. & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996a). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Murray, L., Hooper, R., King, F. & Fiori-Cowley, A. (1996b). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109-119.
- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Em: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zekoski (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1983) Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillips, L.H. & Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregivers' reactivity/ sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 23, 23-29.
- Parke, R.D. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University Press.
- Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A. & Clasky, S. (1995). Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 358-367.
- Piccinini, C.A., Seidl de Moura, M.L., Ribas, A.F.P, Bosa, C.A., Oliveira, E.A.F., Pinto, E.B., Schermann, L., Chahon, V.L. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14, 469-485.
- Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1990) Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349-366.
- Schwengber, D.D.S. (2003) O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Schwengber, D.D.S. (no prelo). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.
- Steiner, M. & Tam, W.Y.K. (1997) Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. Em L.J. Miller (Org.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47-64) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher*. (M.N.B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1994).
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997) Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. Em L. Murray & P.J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 136-163). New York, NY: The Guilford Press.
- Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. Em: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.) (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945).

Recebido em 30/07/2004

Aceito em 30/01/2005

---

**Endereço para correspondência:** Giana Bitencourt Frizzo. Instituto de Psicologia, UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600/111, CEP 90035-006, Porto Alegre-RS. E-mail: gifrizzo@terra.com.br