

PUCRS

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO HUMANA

ANELISE MEURER RENNER

**EFICÁCIA DO TREINAMENTO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES NA QUALIDADE
DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

ANELISE MEURER RENNER

**EFICÁCIA DO TREINAMENTO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES NA
QUALIDADE DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM MULHERES COM DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Cognição Humana.

Orientadora: Professora Doutora Adriane Xavier Arteche

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

M598e Meurer Renner, Anelise

Eficácia do treinamento de reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-bebê em mulheres com depressão pós-parto / Anelise Meurer Renner . – 2018.

91 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Adriane Xavier Arteche.

1. Depressão Pós-Parto. 2. Intervenção. 3. Relação mãe-bebê.
4. Emoções. I. Xavier Arteche, Adriane. II. Título.

ANELISE MEURER RENNER

**EFICÁCIA DO TREINAMENTO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES NA
QUALIDADE DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ EM MULHERES COM DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Cognição Humana.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF^a DRA. ADRIANE XAVIER ARTECHE –PUCRS

PROF^a DRA. GIANA BITENCOURT FRIZZO – UFRGS

PROF^a. DRA. MARIANA CALESSO MOREIRA –UFCSPA

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a todas as díades de mães e bebês que compartilharam comigo momentos e aceitaram investir na qualidade da sua relação, permitindo assim a realização deste trabalho. Espero poder contribuir tanto para a saúde das mães quanto para o desenvolvimento saudável dos bebês.

A realização deste trabalho só foi possível por ser um trabalho em equipe. Agradeço a todos os membros do GNAT, por serem sempre disponíveis, atenciosos e empáticos, seja nas discussões teóricas, nas coletas ou no convívio quase diário. À Cristiane Feil, minha companheira de mestrado, e Carolina Azambuja, minha companheira de temática de estudos, muito obrigada pela amizade! À Fabielle Vivian, pelo auxílio nas coletas. Em especial, agradeço todas as alunas de iniciação científica que deixaram um pouco de si nessa construção e cito aqui a Aline Alves, Gabriela Ramos, Julia Foster e Laura Sanguiné como representantes de todas que nos acompanharam. Um agradecimento especial a Louise Freitas, por toda a dedicação nas coletas, nos bancos de dados e na organização.

À minha orientadora, Prof. Dra. Adriane Xavier Arteche, por todo apoio e ensinamentos, acreditando e investindo nesse projeto e na minha carreira como pesquisadora.

Aos meus pais, Inês Anita Meurer Renner e José Renner, meus mestres e maiores incentivadores. Obrigada por não medirem esforços para que eu investisse nos estudos e por sempre estarem ao meu lado. A minha mãe especialmente por ser um exemplo de dedicação e superação e ao meu pai, por ser um modelo de professor e me inspirar a seguir o caminho acadêmico. Ao meu irmão, Henrique Renner, pela convivência diária e companheirismo. Ao meu irmão menor, Gabriel Silva (Iepche), por todas as risadas, tornando meus dias mais felizes e por todas as trocas enriquecedoras, opinando inclusive nestes agradecimentos. Às minhas tias e meus primos, por serem sempre meu porto seguro.

Ao meu namorado Rodrigo Fernandez Rosa por todo amor e apoio durante os últimos anos e pelas inúmeras revisões dos meus escritos. Aos meus sogros, Marise Fernández e Ricardo Rosa, por toda a torcida, compreensão e afeto. À Carlota, pela companhia nas noites de escrita.

Agradeço aos meus amigos: Alice Brunnet, Vinicius Fisher, Leo Azevedo, Daniele Lindern, Cainã Nascimento, Ana Paula Kiefer, Carol Rebeschini, Carolina Segalla, Livia Craidy. Obrigada por todo o companheirismo e afeto sempre.

Aos professores pelas inúmeras trocas, especialmente ao Prof. Dr. Rodrigo Grassi Oliveira e o Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, por todo aprendizado nos anos de iniciação

científica e estágio. Aos meus colegas de mestrado, em especial ao Gustavo Ramos Silva e a Maila Holz, pela parceria nos trabalhos e por todas as risadas.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de mestrado.

Muito obrigada!

RESUMO EXPANDIDO

A Depressão Pós-Parto (DPP) tem efeitos negativos na saúde da mãe e do bebê e na relação mãe-bebê e os prejuízos nesta relação parecem ser mediadores importantes dos prejuízos no desenvolvimento infantil. Apesar da alta prevalência de DPP no Brasil, não existem protocolos de avaliação e intervenções reconhecidos pelo Serviço Único de Saúde. Buscando contribuir com uma intervenção adaptada às questões culturais brasileiras e a realidade das mães no período pós-parto, foram realizados dois estudos nesta dissertação, sendo um estudo teórico e um estudo empírico. O estudo teórico visou descrever a elaboração de dois protocolos de intervenção e os respectivos materiais necessários para a execução destes: um protocolo de psicoeducação e um protocolo de treinamento de reconhecimento de expressões faciais. A metodologia utilizada seguiu os seguintes passos: (1) revisão da literatura, (2) elaboração da proposta preliminar, (3) análise de psicólogas especialistas, (4) estudo piloto. Os resultados deste estudo são um protocolo de psicoeducação com sete cartilhas sobre as temáticas definidas para serem trabalhadas com as mães, além de um protocolo de treinamento de expressões faciais composto por seis instrumentos para a execução deste. A partir desta construção, o estudo empírico teve como objetivo investigar a efetividade das intervenções, tanto de psicoeducação quanto de treinamento de expressões faciais no implemento da qualidade da relação mãe-bebê. A presente proposta apresenta os dados preliminares do estudo. A amostra foi composta de 14 díades, tendo as mães diagnóstico de DPP pela EPDS (ponto de corte ≥ 11) e pela SCID. As díades iniciaram a avaliação entre quatro e doze semanas após o parto e foram randomizadas em três condições: psicoeducação, treinamento de expressões faciais e lista de espera. Os resultados apontam efeitos positivos do aumento da acurácia do reconhecimento de faces de raiva do grupo de treinamento, e um efeito positivo nas dimensões maternas de interação proximidade e descontração no grupo de Psicoeducação. Em comparação com a lista de espera, os dois grupos de intervenção apresentaram efeitos positivos, ainda que apenas o grupo Psicoeducação tenha apresentado efeitos significativos no desfecho primário. Assim, os resultados preliminares sugerem a psicoeducação como mais eficaz no aumento qualidade da relação mãe-bebê ao comparada com os outros grupos de intervenção. São necessários futuros estudos com um aumento do tamanho amostral e realização de follow-ups com mais tempo após as sessões para ser possível confirmar os efeitos encontrados.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Intervenção. Relação Mãe-Bebê. Emoções.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 – Tratamento e Prevenção Psicológica

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) has a negative effect on newborns and their mothers, and impairments to the mother-infant relationship seem to be harmful to the child's development. Despite the high prevalence of PPD in Brazil, there are no evaluation protocols and interventions recognized by the country's unified health service. In order to contribute to an intervention adapted to Brazilian cultural issues and the reality of Brazilian mothers in the postpartum period, two studies were carried out in this dissertation - a theoretical study and an empirical study. The theoretical study aimed to describe two intervention protocols and the respective materials necessary for their execution: a psychoeducation protocol and a training protocol for facial expression recognition. The methodology applied the following steps: (1) state of the art review, (2) preliminary proposal preparation, (3) specialized psychologists' analysis, (4) pilot study. The study's results resulted in a psychoeducational protocol composed by seven themed primers defining subjects to be addressed with the mothers, in addition to a facial expression training protocol composed by six instruments. The empirical study's objective was to investigate the effectiveness of both interventions (the psychoeducation and the facial expression training protocol) in the quality of mother-infant interaction. Preliminary results are described in this study, The sample consisted of 14 dyads in which the mothers were diagnosed with PPD by both the EPDS (cut-off point ≥ 11) and SCID. Dyads were assessed between four and twelve weeks postpartum and were randomized into three conditions: psychoeducation, facial expression training, and waiting list. The results suggested a significant effects of the training groups in maternal ability to recognize anger faces, and a significant effect of the Psychoeducation group on mother-child interaction (proximity and relaxation dimensions). Compared to the waiting list, the two intervention groups produced positive effects, albeit only the Psychoeducation group had an effect on the target primary outcome. Therefore, results suggest that psychoeducation was more effective in increasing the quality of the mother-infant relationship when compared to the other two groups. Further studies with a larger sample size and longer follow-up period are required to investigate these effects further.

Key-words: Postpartum Depression. Intervention. Mother-Baby Relationship. Emotions.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 – Tratamento e Prevenção Psicológica

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

ESTUDO 1

Figura 1 - Cartilha de Psicoeducação	36
--	----

ESTUDO 2

Figura 1 - Diagrama de coleta	54
-------------------------------------	----

Figura 2 - Efeito dos grupos na acurácia do reconhecimento de expressões faciais de adultos..	61
---	----

Figura 3 - Efeito dos grupos na intensidade atribuída às expressões faciais de adultos.....	62
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas da amostra	51
--	----

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
1.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO MATERNA	13
1.2 INTERVENÇÕES PARA A DPP	18
1.3 INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	21
REFERÊNCIAS	22
2 ESTUDO 1	27
RESUMO	27
ABSTRACT	28
2.1 INTRODUÇÃO.....	28
2.2 MÉTODO	31
2.2.1 Procedimentos	31
2.2.1.1 Revisão da Literatura	31
2.2.1.2 Elaboração da Proposta Preliminar	32
2.2.1.3 Análise de psicólogas especialistas	32
2.2.1.4 Estudo Piloto	33
2.3 DESCRIÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO	33
2.4 DESCRIÇÃO DO TREINO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES	36
2.5 DISCUSSÃO	40
REFERÊNCIAS	42
3 ESTUDO 2	46
RESUMO	46
ABSTRACT	46
3.1 INTRODUÇÃO.....	47
3.2 MÉTODO	49
3.2.1 Participantes	49
3.2.2 Procedimentos	52
3.2.3 Intervenções	54
3.2.3.1 Psicoeducação	54
3.2.3.2 Treinamento de Reconhecimento de Emoções	55
3.2.3.3 Lista de espera	55

3.2.4 Instrumentos de avaliação	55
3.2.5 Análise dos dados.....	58
3.3 RESULTADOS	59
3.3.1 Sintomatologia materna	59
3.3.2 Efeito das intervenções no reconhecimento de expressões faciais.....	59
3.3.3 Efeito das intervenções na qualidade da relação mãe-bebê.....	63
3.4 DISCUSSÃO	64
REFERÊNCIAS	68
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	74
ANEXO B – MATERIAL UTILIZADO PARA DIVULGAÇÃO	78
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	79
ANEXO D – Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016.....	82
ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS).....	83
ANEXO F - CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DE INTERAÇÃO MÃE-FILHO.....	85
ANEXO G – IMAGENS ADULTOS	87
ANEXO H - IMAGENS DE BEBÊS	88
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	89

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida na área de Cognição Humana do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Foi coordenada pela Prof. Dra. Adriane Xavier Arteche e elaborada no Grupo de Neurociência Afetiva do Desenvolvimento (GNAT). Este projeto foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta universidade (CEP- 1.889.114 - Anexo A). O projeto visa desenvolver e avaliar a efetividade de um treinamento de reconhecimento de expressões faciais e de uma psicoeducação, na relação mãe-bebê em mães com depressão pós-parto.

Esta pesquisa faz parte do eixo de estudos do GNAT de intervenções Cognitivo-Comportamentais na Infância e Adolescência. Conforme o Ato de Deliberação 05/2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS a presente dissertação contempla dois estudos, sendo o primeiro um artigo teórico, intitulado Desenvolvimento de um protocolo de Psicoeducação e de um Treino de Reconhecimento de Emoções para Mães com Depressão Pós-Parto. E o segundo, um estudo empírico intitulado efetividade da psicoeducação e do treinamento de reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-bebê em mulheres com depressão pós-parto: um estudo preliminar. Para o segundo estudo foram contatadas 488 mães nas 48h pós-parto ou a partir de divulgação em redes sociais, sendo realizadas 253 EPDS entre 4 e 12 semanas de vida do bebê. Dentre estas, foram identificadas 58 mães com sintomas de DPP e 25 destas aceitaram participar da pesquisa. No presente estudo são apresentados resultados preliminares de 14 mães. As coletas seguem em andamento e no momento da redação desta dissertação cinco mães de intervenção encontravam-se em andamento.

1.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO MATERNA

A prevalência de psicopatologia em mulheres no período de gravidez é de cerca de 10% e no pós-parto é de aproximadamente 13% (OMS) sendo que os principais diagnósticos observados são de depressão e ansiedade. O período perinatal é considerado uma época de maior vulnerabilidade especialmente para o desenvolvimento de depressão (LEFKOVICS et al., 2014) pelos ajustes que exige na vida da mãe, na sua percepção de si mesmo, no seu papel social e nas suas relações interpessoais (EVAGOROU et al., 2016), além de demandar um ajuste familiar em função das demandas de cuidado da criança (GOODMAN et al., 2013).

Os quadros de depressão pós-parto materna (DPP) recebem diagnóstico, segundo o DSM-V (2014), dentro do espectro do transtorno depressivo maior com o especificador de curso com início no período perinatal. Nesse sentido, o início dos sintomas deve se dar durante a gravidez ou em até quatro semanas após o parto, sendo que alguns autores referem que o início dos sintomas pode ocorrer até um ano após o parto (LEFKOVICS et al., 2014). A depressão é considerada um transtorno crônico e recorrente (FLECK et al., 2009) e sua etiologia permanece indefinida, tendo evidências de base biológica em função das mudanças hormonais derivadas do período pós-parto, além de base ambiental (JANSSEN et al., 2012). Os principais sintomas desse transtorno são a presença de humor triste, vazio ou irritável, perda de interesse ou prazer, sentimento de desesperança e desamparo, perda de energia e dificuldades com sono e apetite (APA, 2014). Alguns dos sintomas, como mudanças de sono, energia e apetite podem ser confundidos com experiências normais da gravidez (LEFKOVICS et al., 2014).

É importante diferenciar o diagnóstico de DPP de um período de baby blues. No baby blues ocorre um distúrbio de humor transitório bastante comum, geralmente três a cinco dias depois do parto até as primeiras semanas, caracterizado por humor deprimido, cansaço físico e mental, ansiedade, irritabilidade e dificuldades de sono (HOWARD et al., 2014; KOSHCHAVTSEV et al., 2008). Enquanto a prevalência de baby blues em puérperas varia entre 14% a 80% (KOSHCHAVTSEV et al., 2008), os índices de prevalência de DPP variam de 12% a 20% similar ao nível de depressão na população geral (LEFKOVICS et al., 2014; O'HARA; MCCABE, 2013) até 42,8% dependendo da amostra (EVAGOROU et al., 2016). No Brasil, a prevalência de DPP é de aproximadamente 24.1% (PARSONS et al., 2012), tendo um estudo realizado na cidade de Pelotas (RS) identificado a prevalência regional de 19.1% (Moraes et al., 2016). Se considerarmos mulheres que experienciam sintomas de depressão sem fechar critérios para o diagnóstico de DPP, a prevalência encontrada é superior, chegando a 38% (EVANS; BULLOCK, 2012). Em uma parte significativa das mulheres, os sintomas podem permanecer até os primeiros anos pós-parto (KINGSTON et al., 2012). A prevalência de DPP é maior em países em desenvolvimento do que em países de alta renda e em populações de baixo status socioeconômico (PARSONS et al., 2012; ROJAS-GARCIA et al., 2015).

Pobreza, migração, estresse extremo, exposição a violência (doméstica, sexual e de gênero), situações de conflito e de emergência, desastres naturais, além de baixo suporte social, histórico de episódios depressivos, gravidez não desejada ou não planejada, baixo nível educacional e baixo nível socioeconômico, baixa auto-estima, além de ser solteira ou ter baixo

apoio do cônjuge são considerados fatores de risco (BECK, 2001; EVAGOROU et al., 2016; EVANS; BULLOCK, 2012; HOWARD et al., 2014; JOHNSON et al., 2012) para o desenvolvimento de transtornos, incluindo a DPP, durante a gravidez e no pós-parto. Em contrapartida, ter uma rede adequada de suporte social, um cônjuge que fornece suporte, habilidades de resolução de problemas e acesso a suporte em serviços da comunidade, são considerados fatores protetivos para o desenvolvimento de psicopatologias na gravidez (LEGER; LETOURNEAU, 2015).

As consequências negativas da DPP dependem da rapidez com que o diagnóstico é feito e do tratamento realizado (EVAGOROU et al., 2016; TSIVOS et al., 2015). É mais provável que as mulheres busquem tratamento para depressão se elas forem diagnosticadas (KO et al., 2012), contudo, 80% dos casos não chegam a receber diagnóstico e permanecem sem tratamento (KELLY et al., 2001). Mesmo quando ocorre o diagnóstico, especialmente no caso de mulheres de baixa renda existe uma dificuldade de encaminhamento adequado para serviços de saúde mental disponíveis (PRICE et al., 2012).

As mães com DPP têm mais chances de cometer suicídio e automutilação, mais problemas de saúde e emocionais, mais risco de ter futuros episódios depressivos, de receber cuidados de saúde inadequados, de menor investimento em práticas de saúde com elas e com os bebês, além do uso de álcool e outras drogas (EVANS; BULLOCK, 2012; LEFKOVICS et al., 2014; TEYCHENNE; YORK, 2013). Em quadros depressivos, é comum que sintomas como menor concentração, letargia, dificuldade de sono e humor deprimido estejam presentes, interferindo na capacidade materna de lidar com as tarefas diárias e de cuidado com o filho (PARSONS et al., 2012).

No que tange aos filhos, os sintomas depressivos maternos podem afetar o desenvolvimento da criança tanto através de um componente genético, de mecanismos epigenéticos e de componentes sociais (GOODMAN et al., 2013). Mesmo durante a gravidez altos níveis de estresse materno, principalmente o aumento de cortisol, podem causar alterações diretamente ao feto através de padrões metabólicos, neuroendócrinos e imunológicos (EVANS; BULLOCK, 2012; LEFKOVICS et al., 2014; OLHABERRY et al., 2013). Sintomas depressivos durante a gravidez estão associados ao aumento da atividade fetal e ao nascimento de bebês prematuros e de baixo peso, o que por si só já gera desafios para o desenvolvimento independente da DPP (EVANS; BULLOCK, 2012; FIELD, 2011).

Filhos de mães que experienciaram depressão na gestação já apresentam ao nascer uma menor responsividade à estimulação, desde objetos e temperaturas, a faces e vozes, sugerindo um processamento mais lento e uma menor atenção. Os bebês de mães com DPP

tendem a chorar mais e serem considerados pelas mães como tendo um temperamento mais difícil, além de apresentarem problemas de sono que se mantem durante a infância (FIELD, 2011). Nas crianças, a DPP pode ter efeitos negativos na saúde, no desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico (FIELD, 2010; GOODMAN et al., 2013; MURRAY et al., 2010; MURRAY ET AL., 2011). Tais consequências negativas parecem ser moderadas pelo gênero dos filhos, tendo as crianças do sexo masculino uma maior susceptibilidade para repercussões no desenvolvimento cognitivo (MURRAY et al., 2010) e uma maior tendência a apresentar comportamentos externalizantes ou problemas de conduta, enquanto os comportamentos internalizantes, sintomas depressivos e uma maior dificuldade na regulação emocional predominam nas crianças do sexo feminino (LOOSLI; LOUREIRO, 2010). Além disto, a DPP está associada a maior incidência de depressão e de transtorno de conduta na adolescência (FIELD, 2011).

As dificuldades de interação mãe-bebê – frequentemente observadas em díades de mães com depressão pós-parto, parecem ser um importante mediador dos efeitos da DPP no desenvolvimento infantil. Essas dificuldades estão relacionadas a cognições maternas e práticas parentais não adaptativas (TSIVOS et al., 2015). Em uma meta-análise de estudos sobre as interações entre mães com depressão pós-parto e seus filhos nos três primeiros meses de vida, as mães se mostraram mais irritáveis e hostis, menos engajadas e menos sensíveis às necessidades do bebê. A partir disso, manifestavam menos emoções positivas, tinham menos comportamentos dirigidos às crianças, menos comunicação verbal e visual, sorrindo menos e tocando menos e de forma menos afetiva nos bebês. Desta forma, pode-se compreender que a parentalidade está sendo exercida de forma inadequada (FIELD, 2011; GOODMAN et al., 2013; LEFKOVICS et al., 2014; MURRAY et al., 2010; PARSONS et al., 2012). Essas alterações parecem ser universais e independentes da cultura e do status socioeconômico (FIELD, 2010; LEFKOVICS et al., 2014).

As crianças desenvolvem diferentes padrões de apego com os seus cuidadores primários de acordo com a sensibilidade deste primeiro e a disponibilidade emocional durante períodos de estresse (LEFKOVICS et al., 2014). Os primeiros meses do pós-parto parecem ter uma grande influência do estado mental materno para a criação do vínculo mãe-bebê, sendo este um período de sensibilidade para formação deste laço. Uma das razões para isto parece ser a extrema dependência do bebê de cuidadores, aliado ao fato de que a mãe cumpre esse papel na maioria das famílias (MOEHLER et al., 2006).

O primeiro ano pós-parto é de suma importância para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação na criança, através da habilidade parental de auxiliar na

regulação das emoções dos filhos e no desenvolvimento de estratégias (TSIVOS et al., 2015). A partir da interação com uma mãe deprimida, a criança pode desenvolver estados afetivos negativos, com uma pobre regulação emocional e comportamental, mais expressões faciais negativas e comportamentos evitativos (GOODMAN et al., 2013; LEFKOVICS et al., 2014). Como consequência dessa mudança no comportamento infantil, pode ocorrer uma influência negativa no comportamento da mãe, resultando um padrão negativo na relação entre mãe e bebê (GOODMAN et al., 2013). Esse padrão de interação parece estar ligado a mais sintomas depressivos maternos e às consequências negativas no desenvolvimento da criança, sendo que quanto mais severo e grave for a DPP, mais efeitos negativos terão no vínculo (OLHABERRY et al., 2013). Desta forma, a responsividade parental adequada parece ter um papel crucial no desenvolvimento de sistemas biológicos e emocionais adequados (LEFKOVICS et al., 2014).

Algumas práticas de cuidados parentais parecem ser comprometidas pelos sintomas de DPP: há uma diminuição da amamentação continuada, podendo levar a dificuldades alimentares nas crianças; práticas indesejadas e problemas de sono, como demorar a pegar no sono e acordar com uma maior frequência e por mais tempo; além de aumentar a busca por serviços de emergência para a saúde da criança e a mesma receber menos serviços preventivos, como vacinas (FIELD, 2010; TEYCHENNE; YORK, 2013). As mães deprimidas também apresentam mais pensamentos sobre machucar seus filhos (TEYCHENNE; YORK, 2013).

Dentre os diferentes processos cognitivos maternos envolvidos na interação mãe-bebê e potencialmente comprometidos na DPP, destaca-se o viés atencional e o processamento de faces. Sabe-se que na depressão ocorrem pensamentos intrusivos negativos e recorrentes, como a ruminação, o foco em sentimentos depressivos e sintomas, inadequações pessoais e percepções de falhas. Esses processos geram distúrbios atencionais, na medida em que são demandantes da atenção individual, dificultando a resposta ao mundo externo. A atenção fica focada em estímulos congruentes com o humor deprimido. Esta alteração na atenção está associada a uma maior dificuldade em reconhecimento de pistas emocionais e, conseqüentemente, a uma alteração da sensibilidade materna para responder ao seu bebê. Mães deprimidas relatam maior dificuldade em controlar seus pensamentos, tendo mais processos de ruminação, durante os quais são menos engajadas e menos responsivas ao seu bebê (STEIN et al., 2012). Outro estudo encontrou que mulheres deprimidas desengajam sua atenção mais rapidamente para faces negativas do que positivas de crianças. As ruminatórias parecem ter um papel importante impedindo o engajamento em outros fatores externos, além de processos de evitação de possíveis estímulos negativos (PEARSON et al., 2010).

O reconhecimento de emoções do bebê assume papel de destaque, visto que a comunicação com o bebê se dá a partir de pistas basicamente não verbais dele (ARTECHE et al., 2011). Quando se trata de indivíduos deprimidos, estudos demonstram uma dificuldade de mães com DPP para processar pistas emocionais a partir de expressões faciais de adultos. Ao comparar com controles saudáveis, mulheres com DPP apresentam uma maior dificuldade em identificar emoções de felicidade e medo e, ao comparar com outras mulheres que apresentam sintomas depressivos fora do período pós-parto, elas apresentam uma maior dificuldade de identificar nojo e raiva (FLANAGAN et al., 2011). Além disto, mulheres deprimidas relatam uma menor confiança em sua avaliação sobre estados emocionais (FIEKER et al, 2016)

Ao mesmo tempo, faces infantis apresentam particularidades ao comparadas com faces de adultos, como a diferença do tamanho e do formato. Em um estudo realizado com mães que apresentavam sintomas de depressão e ansiedade no período pós-parto, os participantes identificaram com maior precisão faces alegres do que as tristes, sendo que as mães deprimidas tiveram maior dificuldade em identificar as faces felizes que as mães controle. Houve também uma menor acurácia na identificação de faces tristes. Estas dificuldades provavelmente estão relacionadas com uma menor resposta positiva e mais negativa das mães para seus bebês (ARTECHE et al., 2011). Outro estudo identificou faces neutras sendo referidas como mais tristes e menos neutras, especulando que esta distorção se dá pela responsabilidade da mãe como educadora de seus filhos (GIL et al., 2011). Nesse mesmo sentido, mães deprimidas identificaram faces tristes como mais tristes a partir de um maior período de exposição, podendo estar relacionado a um viés cognitivo da depressão (STEIN et al., 2010). Nos estudos citados, há a concordância na presença de dificuldades relacionadas ao reconhecimento de faces de bebês em mães com sintomas depressivos. É importante ressaltar que, provavelmente, ocorram respostas com maior intensidade quando forem para seus próprios bebês (STEIN et al., 2010).

Diante do exposto, pode-se afirmar que o viés atencional e o reconhecimento de expressões faciais emocionais têm um papel fundamental como mediadores dos efeitos da DPP na interação mãe-bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento infantil. Desta forma, ressalva-se a importância de realizar intervenções focadas nestes componentes, com o objetivo de diminuir o impacto da DPP tanto na saúde da mãe, quanto na saúde do bebê. Entretanto, a revisão dos estudos de intervenção para a DPP sugere que tais aspectos são amplamente negligenciados nas propostas de intervenção – conforme descrito a seguir.

1.2 INTERVENÇÕES PARA A DPP

Uma revisão sistemática sobre intervenções realizadas com DPP refere que 66,7% das intervenções realizadas são focadas em reduzir a depressão materna, seguido de 14,8% buscando melhorar o vínculo mãe-bebê e 18,5% são intervenções integrativas dos dois focos citados anteriormente (OLHABERRY et al., 2013). Desta forma, a maior parte dos programas de intervenção para mães com depressão pós-parto se foca no uso de fármacos ou de psicoterapia para os sintomas maternos e mesmo quando há a indicação, muitas mães relutam a utilizar fármacos durante este período pós-parto (FIELD, 2010; TSIVOS et al., 2015). O uso de fármacos pode afetar tanto a saúde do feto através da placenta, quando do recém-nascido pela amamentação (HOWARD et al., 2014). Para mães que amamentam o uso pode não ser indicado, na medida em que alguns estudos relatam relação com o aumento da irritabilidade, do choro e diminuição da alimentação nos bebês (EVANS; BULLOCK, 2012; FIELD, 2010; O'HARA; MCCABE, 2013; TEYCHENNE; YORK, 2013).

Além disto, outras barreiras são referidas para a busca de um tratamento adequado: a saída de casa para fazer sessões de terapia, envolvendo questões de deslocamento e a necessidade de um cuidador para o bebê, o custo, o estigma de buscar tratamento, além de não saber locais adequados nos quais buscar ajuda (KO et al., 2012; O'HARA; MCCABE, 2013). Para aumentar a aderência e efetividade do tratamento, devem ser feitas sessões de tratamento a domicílio (GOODMAN et al., 2013; SOCKOL et al., 2011). Essas sessões devem ser realizadas preferencialmente apenas com a mãe e seu filho, possibilitando uma maior oportunidade de discutir problemas pessoais. A presença de outros em visitas realizadas por mentores gerou dificuldades como interrupções, foco nas preocupações trazidas pela outra pessoa, além de interrupções na comunicação (LEGER; LETOURNEAU, 2015). Ao comparar com tratamentos em grupo, sessões individuais são mais efetivas (SOCKOL et al., 2011).

É importante ressaltar que as intervenções para DPP descritas na literatura diferem tanto nos instrumentos utilizados para avaliar a presença e a gravidade da DPP, de avaliações clínicas para questionários de autorrelato, que são a forma mais utilizada, quanto no período em que são realizadas, sendo que algumas iniciam no princípio na gravidez e outras até um ano pós-parto (OLHABERRY et al., 2013; SOCKOL, 2015). Dentre estas diferenças, é importante que ocorra uma adaptação cultural em cada intervenção, considerando as dificuldades individuais dos participantes e as especificidades de sua cultura e condição socioeconômica. A realização de um treinamento cultural específico para o terapeuta está relacionada com um aumento na efetividade das intervenções (ROJAS-GARCIA et al., 2015).

Algumas intervenções têm como principal característica o foco no vínculo materno com outros adultos, sejam eles pares ou o parceiro. As intervenções por pares têm como objetivo a realização de um suporte mais empático, através da perspectiva da experiência pessoal. Em uma revisão realizada com este tipo de enfoque, o suporte realizado na casa das mães não teve um resultado clinicamente significativo quando comparado ao suporte realizado por telefone (LEGER; LETOURNEAU, 2015). Em contrapartida, as intervenções que incluem algum componente da relação com o parceiro, focam em grande parte neste como contribuinte da sintomatologia materna. Poucas intervenções são feitas com o parceiro como participante ativo e como sujeito possível de ter o diagnóstico de depressão pós-parto (PILKINGTON et al., 2015).

Nos tratamentos focados nos sintomas de depressão pós-parto da mãe, mesmo quando há uma diminuição destes, ou quando há a diminuição espontânea dos mesmos, os efeitos negativos na relação entre mãe e bebê parecem se manter (GOODMAN et al., 2013; OLHABERRY et al., 2013; TSIVOS et al., 2015). Estudos a partir do modelo cognitivo-comportamental se mostram mais comuns em tratamentos eficazes na redução dos sintomas depressivos maternos, tanto em intervenções individuais quanto em grupo. Alguns protocolos destacam a importância da psicoeducação, a ativação da rede de apoio e o desenvolvimento de pensamentos positivos e do sentimento de competência da mãe (OLHABERRY et al., 2013; SOCKOL, 2015).

Diversas intervenções têm sido utilizadas para o incremento da qualidade da relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto materna. As intervenções são diversas e, em geral, tem se focado no aumento da sensibilidade e da responsividade materna, refletindo no engajamento com a criança. Ensinar mães deprimidas a como responder adequadamente a seus filhos de temperamento reativo é central para promover laços de apego seguro mãe-bebê (BOOM, 1994). Alguns protocolos realizam um *coaching* de interação através de um *feedback* do profissional que realiza a intervenção ou de vídeos da interação mãe-bebê. São reforçados comportamentos que promovem o apego quando eles ocorrem, ajudando a mãe a compreender os efeitos de seus apegos primários e sua história de vida nos seus sentimentos atuais e na relação com o seu filho. Objetiva-se também promover o suporte e um reassentimento para a mãe. Técnicas que estimulam o toque, como massagem, tem resultados positivos no vínculo (OLHABERRY et al., 2013). Mesmo que muitas destas intervenções tenham tido resultados positivos na qualidade da relação mãe-bebê, os sintomas depressivos permaneceram altos pós intervenção (NYLEN et al, 2006).

Já nas intervenções integrativas, que focam tanto no vínculo quanto na redução dos sintomas depressivos maternos, são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e corporais. Técnicas focadas em aconselhamento das dificuldades cotidianas na relação mãe-bebê apresentam os melhores resultados para melhorar a sensibilidade materna (OLHABERRY et al., 2013). No tratamento, é importante que as mães conheçam as necessidades dos seus filhos, tendo um papel imprescindível na regulação emocional deles (CHEN; LEE, 2013). Este papel de regulação parece estar associado a uma maior efetividade do tratamento e a efeitos a longo prazo (TSIVOS et al., 2015). Alguns autores sugerem que o tratamento adequado se focaria as necessidades da mãe, do bebê e de sua relação (NYLEN et al., 2006).

1.3 INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As intervenções que tem como base as terapias Cognitivo-Comportamentais são consideradas efetivas para o tratamento e a prevenção da DPP (SOCKOL; EPPERSON; BARBER, 2011; SOCKOL et al., 2013). Estas partem do entendimento de que o estresse emocional e os comportamentos não adaptativos tem relação com padrões disfuncionais da cognição. A partir disto, visa auxiliar os pacientes a identificar e modificar estes pontos.

Em uma revisão sistemática sobre a efetividade de tratamentos para DPP, Sockol (2015) encontrou alguns moderadores para a efetividade do tratamento. Há uma tendência para intervenções individuais e iniciadas durante o período pós-parto terem uma maior redução dos sintomas depressivos que as iniciadas durante a gravidez (SOCKOL, 2015).

As intervenções que utilizam o modelo cognitivo-comportamental incluem componentes de ativação comportamental, resolução de problemas, terapias cognitivo-comportamentais e intervenções multimodais. A ativação comportamental visa o aumento da realização de atividades prazerosas e é considerada um tratamento efetivo para depressão. Resolução de problemas, por sua vez, tem como objetivo treinar habilidades e abordagens adaptativas para a solução de dificuldades que possam surgir. Quanto às intervenções cognitivo-comportamentais, estas podem incluir desde características da terapia de aceitação e compromisso a mindfulness. Algumas intervenções utilizam abordagens adicionais com o foco educacional, de ampliação do suporte social, treino de relaxamento, medicação antidepressiva e terapia psicodinâmica (SOCKOL, 2015). Além da ativação comportamental, o tratamento com modelos cognitivo-comportamentais inclui a identificação de pensamentos automáticos e esquemas, reestruturação de pensamentos e prevenção a recaída.

Estudos empíricos sugerem que o principal mediador entre a DPP e as consequências negativas na saúde da mãe e do bebê é a interação disfuncional, através de um viés atencional e do processamento do reconhecimento de faces. Apesar de diversas intervenções focarem no implemento da qualidade da interação mãe-bebe, em geral, estes processos não são trabalhados. As intervenções atuam com modelos clássicos para o atendimento da depressão, o que supomos ser um dos motivos pelos quais nem todas apresentam resultados positivos à longo prazo. Desta forma, este estudo visa propor um treinamento que incorpore estas questões. Será realizado um treinamento para o reconhecimento de expressões faciais com mães com depressão pós-parto, visando aumentar a qualidade da relação mãe-bebê e, potencialmente, diminuir o impacto negativo da DPP no desenvolvimento do bebê.

A presente pesquisa consiste em um estudo de Mestrado na área de Cognição Humana do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Este foi desenvolvido vinculado ao Grupo de Neurociência Afetiva e Transgeracionalidade (GNAT), coordenado pela professora Dra. Adriane Xavier Arteche, dando continuidade ao estudo de Mestrado intitulado “Processamento de faces, viés atencional e relacionamento conjugal como mediadores dos efeitos da depressão pós-parto materna na interação mãe-bebê”.

O estudo propõe-se a construção e investigação, através de um estudo empírico, do efeito duas intervenções na qualidade da relação mãe e bebê em mulheres com depressão pós-parto: uma psicoeducação, centrada em temáticas do desenvolvimento típico, e outra cognitiva, centrada no treinamento de reconhecimento de emoções. Esse projeto se insere na predominantemente na linha de pesquisa do GNAT de intervenções cognitivo-comportamentais na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

ARTECHE, A et al. **The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces.** *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 2011. p. 197–203. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.015>>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5.** 2014.

BECK, C. T. **Predictors of postpartum depression: an update.** *Nursing Research*, 50(5), 2001. p. 275–285. Disponível em: <<http://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>>

BOOM, D. C. **The Influence of Temperament and Mothering on Attachment and Exploration : An Experimental Manipulation of Sensitive Responsiveness among Lower-Class Mothers with Irritable Infants.** 1994. p. 1457–1477.

CHEN, H; LEE, T. **The Maternal Infant Dyadic Relationship - Looking Beyond Postpartum Depression.** ASEAN Journal of Psychiatry, 4(12), 2013. p. 161 – 169.

EVAGOROU, O. et al. **Cross-Cultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk Factors and Therapeutic Interventions.** Psychiatric Quarterly, 87(1). 2016. p. 129–154. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s11126-015-9367-1>>

EVANS, E. C; BULLOCK, L. F. C. **Optimism and other psychosocial influences on antenatal depression: A systematic review.** Nursing and Health Sciences, 14(3), 2012. p. 352–361. Disponível em: <<http://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00700.x>>

FIEKER, M. et al. **Emotion recognition in depression: An investigation of performance and response confidence in adult female patients with depression.** Psychiatry Research, 242, 2016. p. 226–232. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.037>>

FIELD, T. **Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review.** Infant Behavior and Development, 33(1), 2010. p. 1–6. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>>

FIELD, T. **Prenatal depression effects on early development: A review.** Infant Behavior and Development, 34(1), 2011. p. 1–14. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>>

FLANAGAN, T. J. et al. **Differential impairments in emotion face recognition in postpartum and nonpostpartum depressed women.** Journal of Affective Disorders, 128(3), 2011. p. 314–318. Disponível: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.021>>

FLECK, M. P. et al. **Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 31 Suppl 1(Supl I), S7–S17, 2009. Disponível em: <<http://doi.org/S1516-44462009000500003>>

GIL, S. et al. **The evaluation of emotional facial expressions in early postpartum depression mood: A difference between adult and baby faces?** Psychiatry Research, 186(2-3), 2011. p. 281–286. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.015>>

GOODMAN, J. H. et al. **Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability.** Journal of Family Nursing, 19(3), 2013. p. 295–323. Disponível em: <<http://doi.org/10.1177/1074840713484822>>

HOWARD, L. M. et al. **Non-psychotic mental disorders in the perinatal period.** The Lancet, 384(9956), 2014. p. 1775–1788. Disponível em: <[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)>

JANSSEN, P. A. et al. **Risk factors for postpartum depression among abused and nonabused women.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 207(6), 2012. p. 489 – 489. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.09.022>>

JOHNSON, M. et al. **Measuring perinatal mental health risk.** Archives of Women's Mental Health, 15(5), 2012. p. 375–386. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s00737-012-0297-8>>

KELLY, R. H. et al. **Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited?** National Research Se. General Hospital Psychiatry, 23, 2001. p. 107–113. Disponível em: <[http://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00129-3](http://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00129-3)>

KINGSTON, D. et al. **Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review.** Child Psychiatry and Human Development, 43(5), 2012. p. 683–714. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>>

KO, J. Y. et al. **Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009.** Journal of Women's Health (2002), 21(8), 2012. p. 830–836. Disponível em: <<http://doi.org/10.1089/jwh.2011.3466>>

KOSHCHAVTSEV, A. G. et al. **Baby blues syndrome as an adaptation disorder in the early tages of formation of the mother-child system.** Neuroscience and Behavioral Physiology, 38(4), 2008. p. 439–442. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s11055-008-0063-6>>

LEFKOVICS, E. et al. **Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment.** Infant Mental Health Journal, 35(4), 2014. p. 354–365.

LEGER, J.; LETOURNEAU, N. **New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies.** Health & Social Care in the Community, 23(4), 2015. p. 337–348. Disponível em: <<http://doi.org/10.1111/hsc.12125>>

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S. R. **Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática.** Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul, 32(16), 2010. p. 94–101. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000001>>

MOEHLER, E. et al. **Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding.** Archives of Women's Mental Health, 9(5), 2006. p. 273–278. <http://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>

MORAES, I. G. S. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Revista de Saude Publica, 40(1), 2016. p. 65–70. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>>

MURRAY, L. et al. **Sadness in mothers' "baby-talk" predicts affective disorder in adolescent offspring.** Infant Behavior and Development, 33(3), 2010. p. 361–364. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.009>>

MURRAY, L. et al. **Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring Up to 16 years of age.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(5), 2011, p. 460 – 470. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001>>

NYLEN, K. J. et al. **Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants.** *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 2006. p. 327–343. Disponible em: <<http://doi.org/10.1002/imhj.20095>>

O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. **Postpartum depression: current status and future directions.** *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 2013. p. 379–407. Disponible em: <<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>>

OLHABERRY, M. et al. **Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática.** *Ter. Psicol.*, 31 (2), 2013. p. 249–261. Disponible em: <<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>>

PARSONS, C. E. et al. **Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries.** *British Medical Bulletin*, 101(1), 2012. p. 57–79. Disponible em: <<http://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>>

PEARSON, R. M. et al. **Depressive symptoms in early pregnancy disrupt attentional processing of infant emotion.** *Psychological Medicine*, 40(4), 2010. p. 621–31. Disponible em: <<http://doi.org/10.1017/S0033291709990961>>

PILKINGTON, P. D. et al. **A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety.** *Clinical Psychologist*, 19(2), 2015. p. 63–75. Disponible em: <<http://doi.org/10.1111/cp.12054>>

PRICE, S. K. et al. **Perinatal depression screening and intervention: enhancing health provider involvement.** *Journal of Women's Health* (2002), 21(4), 2012. p. 447–55. Disponible em: <<http://doi.org/10.1089/jwh.2011.3172>>

ROJAS-GARCIA, A. et al. **Healthcare interventions for depression in low socioeconomic status populations: A systematic review and meta-analysis.** *Clinical Psychology Review*, 38, 2015. p.65–78. Disponible em: <<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.001>>

SOCKOL, L. E. **A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression.** *Journal of Affective Disorders*, 177, 2015. p. 7–21. Disponible em: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>>

SOCKOL, L. E. et al. **A meta-analysis of treatments for perinatal depression.** *Clinical Psychology Review*, 31(5), 2011. p. 839–849. Disponible em: <<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>>

SOCKOL, L. E. et al. **Preventing postpartum depression: A meta-analytic review.** *Clinical Psychology Review*, 33(8), 2013. p. 1205–1217. Disponible em: <<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.004>>

STEIN, A. et al. **Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression.** *Infant Behavior and Development*, 33(3), 2010. p. 273–278. Disponible em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.002>>

STEIN, A. et al. **Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder.** *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 2012. p.795–809. Disponível em: <<http://doi.org/10.1037/a0026847>>

TEYCHENNE, M.; YORK, R. **Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: A review.** *American Journal of Preventive Medicine*, 45(2), 2013. p. 217–227. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.04.004>>

TSIVOS, Z. L. et al. **Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: A systematic review.** *International Journal of Women's Health*, 7, 2015. p. 429–447. Disponível em: <<http://doi.org/10.2147/IJWH.S75311>>

2 ESTUDO 1

Seção Teórica: Desenvolvimento de um protocolo de Psicoeducação e de um Treino de Reconhecimento de Emoções para Mães com Depressão Pós-Parto

Development of a protocol of Psychoeducation and an Emotion Recognition Training for Mothers with Postpartum Depression

RESUMO

A Depressão Pós-Parto Materna acarreta efeitos negativos na saúde da mãe, do bebê e na relação. Intervenções visando o incremento da relação mãe-bebê vêm sendo estudadas, sendo importante o desenvolvimento de tratamentos adaptados à realidade brasileira. **Objetivo:** construção de duas intervenções para mães com diagnóstico de Depressão Pós-Parto: um protocolo de psicoeducação e um protocolo de treinamento de reconhecimento de expressões faciais. **Método:** quatro etapas foram conduzidas: (1) revisão da literatura, (2) proposta preliminar, (3) análise de psicólogas especialistas, (4) estudo piloto. **Resultado:** Os dois protocolos foram desenvolvidos com quatro encontros semanais com as mães, com duração de aproximadamente uma hora cada. A psicoeducação foi guiada por sete cartilhas com temáticas típicas do desenvolvimento. O treinamento de reconhecimento de emoções foi composto por um protocolo de atendimento para mães com DPP e seus bebês com o objetivo de trabalhar questões relativas ao processamento de faces materno e viés atencional. Foram desenvolvidos seis instrumentos para a execução deste último. As duas propostas de protocolo de intervenção se mostraram de fácil compreensão para os sujeitos. **Conclusão:** por ser uma intervenção curta e possível de ser aplicada por diversos profissionais da área da saúde, muitas mães com depressão pós-parto poderão se beneficiar.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Intervenção. Psicoeducação.

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) has a negative effect on newborns and their mothers, and impairments to the mother-infant relationship. Special attention has been brought to aiding the mother-infant relationship over the last few years, though it is imperative to develop treatment adapted to Brazilian culture. **Objective:** Present the construction process of two interventions for mothers diagnosed with Postpartum Depression - a psychoeducation protocol and a training protocol for facial expression recognition. **Method:** Four steps were conducted: (1) state of the art review, (2) preliminary proposal, (3) specialized psychologists' analysis, (4) pilot study. **Results:** Both protocols were developed through four weekly meetings with the mothers, lasting approximately one hour each. The psychoeducation protocol was guided by seven primers with typical developmental themes. The facial expression recognition training was composed of a protocol treatment for mothers with PPD and their babies, focusing on issues related to the mother's facial processing and attentional bias. Six instruments were developed to implement the latter. Both protocol intervention proposals were easily understood by the subjects. **Conclusion:** Mothers with postpartum depression may benefit from this short-term intervention that can be applied by several health professionals.

Key words: Postpartum Depression. Intervention. Psychoeducation.

2.1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), a Depressão Pós-Parto (DPP) afeta de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos, sendo que as que possuem episódio de depressão maior anterior tem o risco aumentado em 25% a 50%. No Brasil, os estudos publicados nos últimos cinco anos apresentam uma faixa de prevalência de 7 a 40%, com maior predomínio nas metrópoles - 43% no Rio de Janeiro e 30,3% em São Paulo (MORAIS et al., 2013).

As consequências da DPP são encontradas na saúde materna e no desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico infantil (FIELD, 2010; GOODMAN et al., 2013; MURRAY et al., 2010; MURRAY ET AL., 2011). Estes efeitos da DPP no desenvolvimento infantil parecem ser mediados por déficits na relação mãe-bebê (MOEHLER et al., 2006),

sendo que a presença de sintomas depressivos interfere na capacidade materna de lidar com as tarefas diárias e de cuidado com o filho (PARSONS et al., 2012). Mães com DPP tendem a exercer a parentalidade de forma inadequada, podendo ser mais irritáveis e hostis, menos engajadas, tendo menos comportamentos dirigidos à criança e menos comunicação verbal e visual, além de serem menos sensíveis às necessidades de seu filho (FIELD, 2011; GOODMAN et al., 2013; LEFKOVICS et al., 2014; MURRAY et al., 2010; PARSONS et al., 2012). Estas alterações repercutem em dificuldades em atividades cotidianas como amamentação, rotinas de sono, imunização e práticas de segurança (LEFKOVICS et al., 2014) e estão relacionadas a práticas parentais não adaptativas e a cognições maternas disfuncionais (TSIVOS et al., 2015).

Dentre as alterações cognitivas presentes na DPP e associadas a dificuldades de interação mãe-bebê destaca-se o processamento de faces. Uma vez que a comunicação com o seu bebê se dá por pistas não verbais do mesmo, o acurado reconhecimento de expressões faciais é de extrema importância à relação (ARTECHE et al., 2011). Mães com DPP apresentam uma menor acurácia na identificação de faces tristes, identificando faces neutras como mais tristes e menos neutras, além de uma menor precisão em faces alegres (ARTECHE et al., 2011; GIL et al., 2011; STEIN et al., 2010). Estas dificuldades provavelmente estão relacionadas a um prejuízo na sensibilidade materna, havendo uma menor resposta positiva e mais negativa das mães para seus bebês (ARTECHE et al., 2011).

Apesar das repercussões negativas da DPP para o bebê e para a díade mãe-bebê, estudos realizados com amostra brasileira encontraram que mesmo após comunicar as mães sobre a presença de sintomas de DPP, poucas aderiram ao tratamento ou associavam tal sintomatologia a dificuldades na maternidade (BAUER et al., 2017; CAMPOS; RODRIGUES, 2015). Além disso, populações em desvantagem socioeconômica são encontradas diversas barreiras para obter e aderir a um tratamento de saúde mental minimamente adequado. Estas barreiras são relatadas na literatura como insensibilidade ou estigmatização do ambiente; falta de tecnologias eletrônicas; grande tempo de espera para atendimento (GROTE et al., 2014); além de barreiras no nível do sujeito como problemas econômicos, falta de plano de saúde, transporte ou alguém para cuidar da criança e ou dos filhos mais velhos enquanto o atendimento é realizado, dificuldade de acessar clínicas para atendimento e medo do estigma da depressão (BAUER et al., 2017; GROTE et al., 2014).

Em função disso, intervenções tais como atendimentos realizados na casa das mães são indicados para aumentar a compreensão, aderência e efetividade (GOODMAN et al., 2013). Modelos de visitas domiciliares registrados na literatura, apesar de diferenciarem-se no

formato e nas estratégias, costumam compartilhar alguns pontos, como: registro das díades no período pré-natal ou no início da vida da criança; engajamento das mães em seu papel de cuidadora; promoção de fatores protetivos individuais e da família e diminuição dos fatores de risco para o desenvolvimento da criança; contato frequente entre o profissional que realiza a visita domiciliar e a família; além de duração de acompanhamento que abranja os períodos desenvolvimentais mais importantes (AMMERMAN et al., 2013).

Alguns autores sugerem que o tratamento mais eficaz na DPP estaria focado nas necessidades da mãe, do bebê e de sua relação (NYLEN et al., 2006). Sendo assim, a utilização de uma técnica voltada para a interação mãe-bebê deve promover o apego dos dois envolvidos, ensinando as mães a responder adequadamente ao temperamento do filho (BOOM, 1994). Uma revisão das intervenções existentes focadas na relação mãe-bebê em situações de DPP revelou que os poucos estudos realizados raramente utilizam metodologia de ensaio clínico randomizado, tem uma curta duração e eventualmente avaliam os efeitos no bebê (MILGROM; HOLT, 2014).

Dentre os protocolos existentes, são ressaltados a relevância da psicoeducação, a ativação da rede de apoio e o desenvolvimento de pensamentos positivos e do sentimento de competência da mãe (OLHABERRY et al., 2013; SOCKOL, 2015). No caso da DPP, especificamente no que diz respeito à interação mãe-bebê, a psicoeducação está focada no aumento da sensibilidade materna: questões como o desenvolvimento do bebê, amamentação, alimentação, higiene, banho, problemas como o choro, refluxo, irritabilidade, cólicas, sono agitado, sono excessivo, pouco sono, modificações na configuração familiar, nos pensamentos e sensações maternas. Nas intervenções focadas no incremento da qualidade da relação mãe-bebê o objetivo é aumentar a sensibilidade e a responsividade materna, refletindo no engajamento com a criança. Uma das técnicas utilizadas é o *feedback* de um profissional, por exemplo (OLHABERRY et al., 2013). Estudos voltados para tratamentos eficazes na DPP nos últimos anos apontam cada vez mais para o treinamento de reconhecimento de faces, pois a teoria da emoção apresenta aspectos importantes para o entendimento da diferença presente no reconhecimento da expressão faciais das emoções entre pessoas com e sem depressão (FLANAGAN et al., 2011).

Considerando a falta de protocolos para identificação e tratamento de DPP por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), o presente estudo, assim, visa desenvolver a) um protocolo de psicoeducação e b) um protocolo de treinamento de reconhecimento de expressões faciais para mães com depressão pós-parto. Estas intervenções visam aumentar a

qualidade da relação mãe-bebê e, potencialmente, diminuir o impacto negativo dos sintomas no desenvolvimento do bebê.

2.2 MÉTODO

2.2.1 Procedimentos

2.2.1.1 Revisão da Literatura

Foram revisados estudos empíricos e revisões sistemáticas publicados entre os anos 2006 e 2016, utilizando as palavras-chave “*postpartum depression*” e “*intervention*”, nas bases Pubmed, PsychInfo e Scopus. Buscou-se identificar estudos que descrevessem intervenções para DPP. Os estudos-chave que serviram de base para as propostas aqui descritas são resumidos abaixo.

Para a definição do formato da aplicação (individual vs grupo) os resultados na revisão literária foram apresentados por Milgrom e outros (2005), que concluíram que intervenções aplicadas individualmente têm seus benefícios maximizados, tendo melhores efeitos que as aplicadas em grupo (MILGROM et al., 2005). No que tange a definição da quantidade de sessões, estudos mostram que a maior parte das intervenções existentes focadas na relação mãe-bebê são intensivas ou de longa duração, tendo de 8 a 12 sessões, diminuindo a possibilidade de uma ampla aplicação das mesmas (LETOURNEAU et al., 2017; MILGROM; HOLT, 2014). Já protocolos com menos sessões são pouco encontrados na literatura e geralmente cada sessão tem duração de 60 a 90 minutos (LETOURNEAU et al., 2017). Dentre estes, Horowitz (2001) encontrou resultados positivos em uma intervenção com três visitas domiciliares e um *coaching* da interação mãe-bebê, enquanto Letourneau (2017) indicou que três sessões de vídeo-*feedback* durante visitas domiciliares propiciaram melhoras na qualidade da relação mãe-bebê (LETOURNEAU et al., 2017). Desta forma, protocolos mais curtos parecem manter os efeitos na melhora da qualidade da relação mãe-bebê, com a diferença de ter menor custo e podendo ser aplicado em maior escala.

A revisão dos tratamentos eficazes já existentes apresentou como resultado o protocolo de tratamento chamado “The Newborns Behavioral Observation”, que tem como objetivo sensibilizar os pais para as competências infantis, incluindo como os bebês se comunicam. Ao entender o seu bebê melhor, criou-se a possibilidade de desenvolver uma relação positiva entre a díade (MCMANUS; NUGENT, 2014). Razurel et al., (2017), através de uma intervenção de psicoeducação no pós-parto, encontraram um aumento na qualidade da relação mãe-bebê e no sentido de auto-eficácia materna (RAZUREL et al., 2017). É

importante ressaltar que a informação pode servir como forma de estimular as práticas parentais adequadas, na medida em que essas práticas são socialmente aprendidas (CAMPOS; RODRIGUES, 2015) e que as mães, principalmente de primeira viagem, não se sentem suficiente informadas sobre o período pós-parto. Essa falta de informações se dá tanto na adaptação na chegada em casa com o bebê quanto em práticas da rotina, como amamentação, sono, saídas e sexo com o cônjuge (SLOMIAN et al., 2017).

Para a definição das técnicas eficazes na intervenção foram apresentados resultados mostrando que a escuta empática, focada no cuidado das mães, auxiliando que elas pudessem refletir sobre si mesmas durante a coleta de dados e gravação da interação mãe-bebê, amplifica o efeito do acompanhamento oferecido (TOP; KARAÇAM, 2016). A intervenção “Perinatal Dyadic Psychotherapy”, que tem como foco promover a saúde mental materna e facilitar a boa relação entre a díade mãe-bebê, utiliza-se de uma abordagem colaborativa, considerando que a relação entre a mãe e a pessoa que aplica a intervenção é a maior ferramenta terapêutica. Além disso, um dos componentes principais desta intervenção é focado no desenvolvimento infantil, visando melhorar a sensibilidade e responsividade maternas e, conseqüentemente, promover interações positivas entre mãe e bebê (GOODMAN et al., 2013).

A equipe de pesquisa discutiu a literatura encontrada em doze encontros e foi composta por quatro participantes: duas psicólogas especialistas em terapia cognitivo-comportamental e realizando mestrado com a temática de DPP, e duas alunas de iniciação científica estudantes de psicologia. As discussões realizadas subsidiaram a formulação da proposta preliminar.

2.2.1.2 Elaboração da Proposta Preliminar

Foi elaborada uma proposta preliminar de intervenções (psicoeducação e treinamento de expressões faciais), com a preparação de um protocolo de aplicação e dos materiais necessários para cada uma das atividades a serem realizadas. Para o desenvolvimento do padrão visual do material gráfico utilizado na psicoeducação (cartilhas), contou-se com o apoio de um profissional de Publicidade e Propaganda.

2.2.1.3 Análise de psicólogas especialistas

Duas psicólogas especialistas na área realizaram a avaliação da adequação da proposta de intervenção e dos estímulos propostos para cada uma das tarefas. Modificações foram

realizadas na construção das frases dos materiais a serem entregues para as mães e na quantidade de sessões, sendo diminuído para quatro sessões o total da intervenção. A partir desta análise, foi desenvolvida a proposta final dos protocolos.

2.2.1.4 Estudo Piloto

Foi realizado pelo investigador principal a partir da segunda versão do protocolo. O estudo piloto objetivou verificar a compreensão do protocolo de aplicação e os instrumentos em uma situação real, com mães com o diagnóstico de DPP e em uma aplicação domiciliar. As mães participantes do estudo piloto foram selecionadas por conveniência. O *feedback* das participantes foi obtido através de perguntas ao término da intervenção.

O estudo piloto do protocolo de psicoeducação foi realizado com uma mãe de 24 anos de idade, com dois filhos, casada e com ensino superior incompleto. Ela possuía diagnóstico de DPP, tendo escore de 20 na EPDS, diagnóstico de episódio depressivo maior atual pela SCID e o escore de 39 no BDI-II. A participante referiu sendo de fácil compreensão o conteúdo abordado nas cartilhas, não sendo realizada nenhuma modificação nestas.

O estudo piloto do protocolo de treinamento de reconhecimento de expressões foi realizado com uma mãe de 24 anos de idade, no primeiro filho, em união estável e com ensino técnico completo. Ela possuía diagnóstico de DPP, tendo escore de 18 na EPDS, diagnóstico de episódio depressivo maior atual pela SCID e o escore de 39 no BDI-II. A participante referiu dificuldades em diferenciar as expressões faciais de adultos de medo e surpresa, além de dificuldade em identificar a expressão neutra de adultos. A partir deste *feedback*, foram modificadas as imagens utilizadas, sendo acrescentadas expressões faciais emocionais de medo, surpresa e neutras que possuíssem uma maior intensidade emocional.

Para reduzir a ansiedade das mães e acolher suas demandas específicas, foram programados 10 minutos iniciais e finais de casa sessão, além do *feedback* dos conteúdos trabalhados ao fim de cada encontro. Na primeira sessão tanto da psicoeducação quanto do treinamento de emoções, foi realizada uma acolhida e o contrato inicial da atividade a ser realizada, com a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3 DESCRIÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO

Público-Alvo: mães com DPP.

Aplicação: profissionais da área da saúde treinados.

Objetivo: trabalhar questões do desenvolvimento típico, guiados por cartilhas temáticas.

Duração: quatro sessões realizadas semanalmente. Cada sessão foi desenvolvida para ter a duração de 1 hora.

Sessões e instrumentos desenvolvidos: foram desenvolvidas sete cartilhas, cada uma com uma temática específica.

1ª Sessão: Entendendo o que eu tenho (cartilha um) e Meus cuidados (cartilha dois):

- 1.1 Acolhida e Contrato.
- 1.2 O que é depressão/ depressão pós-parto: Prevalência e sintomas
- 1.3 Consequências para mãe, bebê e a dupla – buscando desmistificar a depressão
- 1.4 Importância de buscar ajuda
- 1.5 Relações Sexuais
- 1.6 Apoio Social (envolvimento do parceiro ou outro cuidador principal).
- 1.7 Interferências no humor (ênfase na privação no sono da mãe)
- 1.8 Dúvidas sobre a pesquisa e gerais.

2ª Sessão: Como os bebês se manifestam (cartilha três) e momentos de troca (cartilha quatro):

- 2.1 Linguagem verbal e não verbal dos bebês
- 2.2 Diferentes temperamentos
- 2.3 Contribuição do ambiente para o comportamento infantil
- 2.4 Filho Imaginário X Filho real e as emoções maternas envolvidas.
- 2.5 Aleitamento
- 2.6 Sentidos do bebê (tato, olfato, paladar, audição, visão) e o que esperar em cada idade
- 2.7 Momentos de troca entre mãe e bebê
- 2.8 Identificar Emoções nos bebês.

3ª Sessão: O brincar do bebê em conjunto (cartilha cinco) e Separação e Ansiedade de separação (cartilha seis).

- 3.1 Abordar possibilidades de brinquedos (criativos e inovadores).
- 3.2 Importância da família e das brincadeiras nesse contexto.
- 3.3 Habilidades motoras
- 3.4 Constância de objeto.

- 3.5 Tipo de brincadeiras com determinada fase do desenvolvimento
- 3.6 Separação: Com quem irei deixar o bebê?
- 3.7 Situação estranha.
- 3.8 Apego e o impacto deste no desenvolvimento.
- 3.9 Estimulação para ficar com outras pessoas.

4ª Sessão: Preparação para o crescimento e retomar os conteúdos trabalhados (cartilha sete).

- 4.1 Importância da pré-escola.
- 4.2 Relação com outras crianças.
- 4.3 Preparando a maleta para a escolinha/creche.
- 4.4 Como a mãe pode se sentir com o bebê indo para a escolinha/creche
- 4.5 Como lidar com a insegurança
- 4.6 Resumo de todas as sessões.

No final da sessão foi realizado um cartão de enfrentamento, sendo um espaço para a participante preencher com as contribuições dela, com o que ela compreendeu como relevante em forma de lembretes. As cartilhas seguem o modelo abaixo, impressas em uma folha frente e verso para serem dobradas ao meio. Esse formato possibilita que tenham uma capa com o nome do projeto e da temática a ser abordada; duas partes no centro com os conteúdos a serem abordados, e uma contracapa com os apoiadores do projeto e o contato da psicóloga orientadora responsável pela execução do mesmo. Abaixo, como exemplo, as capas das cartilhas da temática um e dois.

Figura 1 – Capas das Cartilhas de Psicoeducação



Fonte: a autora (2017)

2.4 DESCRIÇÃO DO TREINO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES

Público-alvo: mães com DPP e seus bebês.

Aplicação: psicólogos treinados no protocolo de treinamento de reconhecimento de emoções.

Objetivo: trabalhar questões relativas ao processamento de faces materno e viés atencional.

Duração: quatro sessões realizadas semanalmente. Cada sessão foi desenvolvida para ter a duração de 1 hora a 1 hora e 30 minutos.

Sessões e instrumentos desenvolvidos: foram desenvolvidos seis instrumentos, cada um com um objetivo específico.

1ª Sessão: a sessão teve como objetivo o estabelecimento do contrato e um treinamento atencional, além da etapa um do treinamento de reconhecimento de faces. As etapas desta sessão e os materiais desenvolvidos estão descritos abaixo:

- 1.1 Acolhida: teve como objetivo iniciar a criação do vínculo entre a mãe e o profissional que está aplicando o treinamento, permitindo que a mãe fale livremente como está se sentindo e quais as maiores dificuldades que tem encontrado no período pós-parto. Para facilitar este momento, foi desenvolvida a régua de humor e de intensidade, auxiliando a mãe a identificar seu humor no dia e a intensidade do sentimento. Ao ser utilizada em todas as sessões, ao início e ao final dela, possibilita que seja feito um comparativo durante a sessão e também entre um encontro e outro.
- 1.2 Treinamento Atencional: A mãe foi solicitada a brincar livremente com o bebê e orientada a manter o foco nesta atividade. Enquanto isso foi relatado pela psicóloga os pensamentos intrusivos reportados pela mãe na *baseline*. O terapeuta realizou intervenções de suporte para a mãe quando observou a diminuição do foco atencional desta.
- 1.3 Tarefa ecológica do Hotel: A tarefa ecológica do hotel (Cardoso, 2015) adaptada com temáticas da rotina do recém-nascido, contou com as seguintes tarefas para serem realizadas: procurar promoções de fraldas em encartes, preparar uma mamadeira, trocar fraldas, preparar uma mochila com coisas do bebê para sair e preparar um lanche para si e lavar a louça. Para as primeiras atividades citadas, são utilizados três encartes de diferentes farmácias e supermercados, disponibilizados pelo aplicador. Para trocar a fralda e preparar a mamadeira foram levados uma boneca com uma fralda nova para ser trocada e uma mamadeira que a mãe pode simular com água como é realizado o preparo. Já as tarefas do lanche e da organização da mochila do bebê foram realizadas de acordo com o que havia disponível na casa da participante, auxiliando-a dentro da sua realidade. Esta tarefa foi realizada durante 15 minutos, auxiliando a participante a manter o foco atencional e com estratégias práticas para cuidar do bebê enquanto realiza as atividades.
- 1.4 Reconhecimento de Faces (Etapa 1): Foi apresentado cartão de estímulos contendo imagens de adultos com diferentes expressões faciais e solicitado que a participante fizesse a nomeação das emoções. O terapeuta deu *feedbacks* acerca de emoções não nomeadas ou nomeadas erroneamente. A seguir solicitou-se que a mãe identifique como estava se sentindo no dia, nomeando e atribuindo a intensidade da emoção utilizando a régua do humor. Para esta atividade, foram feitos cartões de estímulo com fotos de adultos com diferentes

expressões faciais emocionais. Os adultos apresentam emoções neutras, felizes, tristes, surpresas, de medo, raiva e nojo. Cada uma destas emoções tinha um cartão com o nome impresso para que facilitasse a identificação das mesmas. Todas as emoções possuíam fotos em pelo menos duas intensidades diferentes (entre fraco, médio e forte), possibilitando também que houvesse uma psicoeducação sobre as diferentes formas de manifestação de cada uma destas. Foram utilizadas fotos apenas de mulheres adultas, tendo modelos de diferentes raças.

1.5 Mapeamento da Rotina: a partir do estímulo de cartas do baralho de situações solicitou-se que a mãe identifique a emoção mais frequente e identifique comportamentos direcionados ao bebê relacionados a tal emoção. Para tal, foi confeccionado um baralho de situações da rotina mãe-bebê, a saber: trocar a roupa do bebê, trocar a fralda, brincar, deixar a criança assistindo televisão/uso do celular, tablet ou semelhantes, amamentar ou dar mamadeira, dar comida – início da introdução de alimentos que não sejam o leite, dar banho, colocar para dormir/fazer pegar no sono, monitorar o sono, sair de casa com o bebê, realizar as tarefas domésticas (como limpeza e organização da casa), deixar o bebê aos cuidados de uma terceira pessoa.

1.6 Elaboração de um resumo da sessão com a mãe em um caderno fornecido pelo psicólogo responsável.

1.7 *Feedback* da Sessão

2ª Sessão: a sessão objetivou a etapa dois e três do treinamento de reconhecimento de faces, focado nas faces dos bebês e com ênfase na responsividade materna frente às emoções do bebê.

2.1 Acolhida: utilizando a régua do humor e de intensidade, investigando e acolhendo os sentimentos da mãe no tempo entre a sessão anterior e a presente.

2.2 Treinamento de reconhecimento de emoções em faces de bebês: Foram apresentadas faces de bebês com diferentes expressões emocionais e solicitado que a mãe identifique as emoções e quais situações podem ter desencadeado a emoção. Após a identificação, foi solicitado que a mãe apresentasse alternativas de comportamento para modificar/minimizar as emoções negativas dos bebês das fotos. Para isto, foram feitos cartões de estímulo com fotos de bebês com diferentes expressões faciais emocionais. Os bebês apresentam emoções neutras,

felizes e tristes e cada uma destas emoções tinha uma carta com o nome impresso para que facilitasse a identificação das mesmas. Todas as emoções possuíam fotos em pelo menos duas intensidades diferentes (entre fraco, médio e forte), possibilitando também que houvesse uma psicoeducação sobre as diferentes formas de manifestação de cada uma destas. Foram utilizadas fotos de bebês masculinos e femininos, tendo modelos de diferentes raças.

- 2.3 Apresentou-se uma cartilha de psicoeducação acerca da frequência típica das manifestações negativas nos bebês e das estratégias de comunicação não verbal na primeira infância.
- 2.4 Responsividade materna frente as emoções negativas do bebê: Utilizando imagens de bebês com emoções e mães com diferentes expressões faciais (exemplo: bebê sorrindo e mãe com expressão neutra; bebê neutro e mãe com expressão triste), foi solicitado que a mãe identificasse quais as emoções mais experienciadas por ela frente as diferentes manifestações emocionais do bebê. Após a identificação foi dado *feedback* estimulando a responsividade materna e o papel da expressão materna na modulação da emoção do bebê.
- 2.5 Elaboração de um resumo da sessão com a mãe, *feedback* da sessão.

3ª Sessão: A sessão teve como objetivo a etapa quatro e cinco do treinamento de reconhecimento de faces, dando ênfase nas emoções positivas e negativas do próprio bebê.

3.1 Acolhimento

- 3.2 Treinamento para o reconhecimento de faces positivas do próprio bebê: Foram utilizados frames do vídeo da interação mãe-bebê da *baseline* (sem áudio). Foram mostrados trechos do bebê com diferentes emoções positivas, solicitando que a mãe identifique qual a emoção do bebê. A seguir foi solicitado que a mesma identifique a emoção dela no mesmo *frame*. Na sequência foi solicitado que ela identifique os comportamentos efetivamente realizados e alternativos para modulação da resposta emocional do bebê. Todas as participantes da pesquisa tiveram um vídeo de cinco minutos gravado como parte da avaliação da *baseline*. Para trabalharmos o reconhecimento de expressões positivas e negativas do próprio bebê, foram feitos *prints* desse vídeo em momentos que o bebê estivesse com diferentes expressões faciais, cerca de cinco positivas e cinco negativas. Essa imagem da interação permitiu que fosse trabalhada também a expressão facial da mãe em cada uma destas

situações na relação com o seu bebê.

3.3 Treinamento para o reconhecimento de faces negativas do próprio bebê: Foram utilizados frames do vídeo da interação mãe-bebê da *baseline* (sem áudio) e mostrados trechos do bebê com diferentes emoções negativas, sendo solicitado os mesmos passos da tarefa anterior com as faces positivas.

3.4 Elaboração de um resumo da sessão com a mãe, *feedback* da sessão.

4ª Sessão: A sessão teve como objetivo a interlocução entre as vocalizações e a emoção das faces e a retomada das habilidades trabalhadas juntamente com a mãe durante as sessões anteriores.

4.1 Acolhimento

4.2 Interlocução entre vocalizações e emoções dos bebês. Foram apresentados frames de emoções positivas e negativas do vídeo gravado na *baseline* sem áudio e a seguir com áudio. Foi solicitado que as mães identificassem suas próprias emoções frente ao bebê sem vocalização e com vocalização. O objetivo desta tarefa era treinar com a mãe vocalizações, incluindo itens sobre o tom de voz, frequência em que são feitas vocalizações, se a mãe usa linguagem infantil ou se fala corretamente e se há contato visual da mãe com seu filho. Foi realizado um role-play com a psicóloga de vocalizações com o bebê.

Ao fim da sessão, foi realizado em conjunto com a mãe um resumo dos conteúdos trabalhados em cada uma das sessões. A mãe completou as últimas páginas do caderno utilizado para resumo das sessões com as temáticas “desafios de ser mãe”; “como ultrapassar os desafios de ser mãe” e “como me vejo com meu bebê daqui um ano”.

2.5 DISCUSSÃO

O presente estudo se propôs a criar um protocolo e instrumentos para a execução da psicoeducação, com cartilhas sobre o tema de depressão pós-parto materna e questões relacionadas a este período do desenvolvimento e do treinamento de reconhecimento de expressões faciais. Este é o primeiro estágio para a construção de intervenções adaptadas à realidade brasileira de mães com DPP e de extrema importância para o uso destes protocolos em pesquisa e na clínica.

Foram desenvolvidas e adaptadas sete cartilhas para o primeiro estágio (psicoeducação), assim como seis instrumentos para o segundo (treinamento), além do protocolo de aplicação e de registro de sessões. As intervenções propostas inovam no sentido de serem breves, adaptadas à realidade brasileira e possibilitando a realização na casa das mães, facilitando a adesão das mesmas. Além disso, uma intervenção de quatro encontros tem um baixo custo de realização e permite que um número grande de mães tenha acesso ao tratamento. O treinamento de reconhecimento de expressões é inovador por sua conceitualização, focando nos aspectos do adequado reconhecimento e respostas às expressões faciais, tanto de adultos quanto de bebês (incluindo seu próprio filho). Está sendo realizado um novo estudo a fim de verificar os efeitos das duas intervenções na qualidade da relação mãe-bebê e se há diferenças entre estas.

O material de psicoeducação, por sua vez, também possibilita que profissionais de outras áreas apliquem em outras mães e que este protocolo seja integrado a outras estratégias de cuidados de saúde da família. Para tal, outros estudos devem ser realizados para compreender melhor a utilização deste conteúdo por profissionais de outras áreas e seu benefício. Considerando a possibilidade das duas intervenções desenvolvidas serem efetivas, uma das limitações do estudo se refere a elas não terem a mesma amplitude de acesso e aplicabilidade. O treinamento exige conhecimentos prévios do aplicador sobre emoções e necessita o uso do computador, tendo uma maior dificuldade de execução.

Devido a grande incidência de DPP em populações de baixa renda e na população brasileira, além das dificuldades na adesão e manutenção do tratamento, o diagnóstico e tratamento adequados podem ser inseridos no atendimento primário a estas famílias. Diversas intervenções psicológicas realizadas neste contexto de cuidados primários foram revisadas em uma metanálise, tendo como resultado uma diminuição nos sintomas depressivos logo após o tratamento e em um *follow-up* de seis meses. Comparado com os controles, as intervenções também levaram a uma melhora no ajustamento da parentalidade, da relação conjugal, suporte social, estresse e ansiedade (STEPHENS et al, 2016). Neste estudo, nenhuma das intervenções revisadas foi realizada no Brasil. Em outra revisão sistemática, os resultados encontrados apontam que embora existam conclusões promissoras quanto aos efeitos positivos de diversas intervenções, ainda não há dados suficientes para delimitar quais tem maior potencial de influenciar a saúde materna, infantil e a qualidade da relação mãe-bebê. Segundo os autores, não há evidências disponíveis para fazer recomendações de políticas públicas ou práticas, sendo necessários mais estudos na área. Nesta revisão também não foi apresentado nenhum estudo realizado no Brasil (LETOURNEAU et al., 2017).

Na medida em que não são relatadas intervenções brasileiras nas revisões sistemáticas e metanálises realizadas nos últimos dois anos, ressalta-se a lacuna de intervenções e a necessidade da realização de estudos adaptados à nossa realidade. A partir disto, poderemos construir políticas públicas e protocolos para acompanhamento, seja no nível preventivo como de tratamento para DPP. É importante que sejam desenvolvidas intervenções que não gerem um custo alto, com a contratação de novos profissionais e que demandem muito tempo de acompanhamento por família, por exemplo, tornando inviável a realização das mesmas. As intervenções para serem aplicadas nessa população, além de serem de fácil compreensão e assegurarem a aderência dos participantes, devem ser efetivas na diminuição dos sintomas depressivos e no aumento da qualidade da relação mãe-bebê.

A construção das intervenções de psicoeducação e de treinamento de expressões faciais foi realizada com sucesso. Sugerimos futuras pesquisas a serem conduzidas sobre a aplicabilidade destes protocolos em outras populações, com menor escolaridade e com sintomas subclínicos de DPP. Além disto, também sugerimos futuros estudos com mães que apresentam os fatores de risco para o desenvolvimento do quadro depressivo durante a gestação, visando a prevenção do desenvolvimento de DPP. Visto que a escassez de materiais e protocolos de intervenção para DPP ainda é uma preocupação para profissionais brasileiros de psicologia e de áreas afins, sugerimos que cada vez mais esses materiais sejam estudados e aperfeiçoados. Desta forma, visamos facilitar o planejamento terapêutico dos profissionais envolvidos no acompanhamento clínico das dificuldades do puerpério.

REFERÊNCIAS

- AMMERMAN, R. T. et al., 2013. Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact of psychological distress and social functioning. *Child Abuse & Neglect*, 37(8): 544–554.
- ARTECHE, A et al., 2011. The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2):197–203. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.015>>
- BAUER, N. S. et al. 2017. Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics. *Frontiers in Pediatrics*. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fped.2017.00212>>
- BOOM, D. C. 1994. The Influence of Temperament and Mothering on Attachment and Exploration : An Experimental Manipulation of Sensitive Responsiveness among Lower-Class Mothers with Irritable Infants. 1457–1477.

- CAMPOS, B. C. de; RODRIGUES, O. M. P. R. 2015. Depressão Pós-Parto Materna : Crenças , Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico (Porto Alegre)*, 46(4): 483–492. Disponível em: <<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>>
- CARDOSO, CAROLINE DE OLIVEIRA, et al. 2015. Brazilian adaptation of the Hotel Task: a tool for the ecological assessment of executive functions. *Dementia & Neuropsychologia*, 9.2: 156-164. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000010>>
- FIELD, T. 2010. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1): 1–6. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>>
- FIELD, T. 2011. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1):1–14. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>>
- FLANAGAN, T. J. et al. 2011. Differential impairments in emotion face recognition in postpartum and nonpostpartum depressed women. *Journal of Affective Disorders*, 128(3): 314–318. Disponível: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.021>>
- GIL, S. et al. 2011. The evaluation of emotional facial expressions in early postpartum depression mood: A difference between adult and baby faces?. *Psychiatry Research*, 186(2-3): 281–286. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.015>>
- GOODMAN, J. H. et al. 2013. Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability. *Journal of Family Nursing*, 19(3): 295–323. Disponível em: <<http://doi.org/10.1177/1074840713484822>>
- GROTE, N. K. et al. 2014. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study*. *Contemporary Clinical Trials*, 39(1): 34–49.
- LEFKOVICS, E. et al. 2014. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4): 354–365.
- LETOURNEAU, N. L. et al. 2017. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 34(10): 928–966. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/da.22687>>
- MCMANUS, B. M.; NUGENT, J. K. 2014. A neurobehavioral intervention incorporated into a state early intervention program is associated with higher perceived quality of care among parents of high-risk newborns. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 41(3): 381–389. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11414-012-9283-1>>
- MILGROM, J.; HOLT, C. 2014. Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 15: 385. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-385>>

MILGROM, J. et al. 2005. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4): 529–542. Disponível em: <<https://doi.org/10.1348/014466505X34200>>

MOEHLER, E. et al. 2006. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5): 273–278. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>>

MORAIS, M. L. S. et al. 2013. Influência da depressão pós-parto no desenvolvimento de bebês. *Estud. psicol.(Campinas)*, 30(1): 7-17.

MURRAY, L. et al. 2010. Sadness in mothers' "baby-talk" predicts affective disorder in adolescent offspring. *Infant Behavior and Development*, 33(3): 361–364. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.009>>

MURRAY, L. et al. 2011. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring Up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5): 460 – 470. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001>>

NYLEN, K. J. et al. 2006. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27(4): 327–343. Disponível em: <<http://doi.org/10.1002/imhj.20095>>

OLHABERRY, M. et al. 2013. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter. Psicol*, 31 (2): 249–261. Disponível em: <<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>>

PARSONS, C. E. et al. 2012. Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101(1): 57–79. Disponível em: <<http://doi.org/10.1093/bmb/ldr047>>

RAZUREL, C. et al. 2017. The impact of pre- and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3): 469–472. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0720-2>>

SLOMIAN, J. et al. 2017. Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1): 1–13. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>>

SOCKOL, L. E. 2015. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 177: 7–21. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>>

STEIN, A. et al. 2010. Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior and Development*, 33(3): 273–278. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.002>>

STEPHENS, S. et al. 2016. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 14(5): 463–473. Disponível em: <<https://doi.org/10.1370/afm.1967>.INTRODUCTION>

TOP, E. D.; KARAÇAM, Z. 2016. Effectiveness of Structured Education in Reduction of Postpartum Depression Scores: A Quasi-Experimental Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3): 356–362. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.009>>

TSIVOS, Z. L. et al. 2015. Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: A systematic review. *International Journal of Women's Health*, 7: 429–447. Disponível em: <<http://doi.org/10.2147/IJWH.S75311>>

3 ESTUDO 2

Seção Empírica: Efetividade da psicoeducação e do treinamento de reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-bebê em mulheres com depressão pós-parto: um estudo preliminar

RESUMO

Os efeitos negativos da Depressão Pós-Parto (DPP) são encontrados na saúde da mãe, do bebê e na relação entre a díade. Os prejuízos na relação mãe-bebê parecem ser mediadores importantes das consequências da DPP no desenvolvimento infantil. Desta forma, para uma intervenção ser considerada eficaz, deve trazer benefícios tanto para a saúde da mãe quanto para a qualidade da relação da díade. **Objetivo:** Verificar a efetividade da psicoeducação e do treinamento de reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-bebê em mães com DPP. A psicoeducação tem como objetivo trabalhar questões do desenvolvimento típico, enquanto o treinamento enfatiza o processamento de faces materno. **Método:** 14 mães com DPP participaram de um ensaio clínico randomizado com três grupos de comparação: psicoeducação, treinamento de reconhecimento de expressões e lista de espera. Foram realizadas avaliações pré e pós-intervenção. **Resultados:** Foram encontrados efeitos positivos do aumento da acurácia do reconhecimento de faces de raiva em mães que participaram do grupo de treinamento. Participar do grupo de psicoeducação apresentou um efeito positivo nas dimensões maternas de proximidade e descontração avaliadas na relação mãe-bebê, além de vocalizações do bebê. **Conclusões:** A Psicoeducação teve uma melhora na qualidade da relação mãe-bebê quando comparada com os outros grupos. São necessários futuros estudos com um aumento do tamanho amostral para ser possível confirmar os efeitos encontrados.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Psicoeducação. Intervenção. Relação mãe-bebê.

ABSTRACT

The negative effects of Postpartum Depression (PPD) are found in the health of the mother, the baby and the relationship between the dyad. The negative factors in the mother-baby relationship seem to be important mediators of the consequences of PPD in child development. Thus, for an intervention to be considered effective, it should bring benefits both to the mother's health and to the quality of the dyad relationship. **Objective:** To verify

the effectiveness of psychoeducation and emotion recognition training in the quality of mother-infant interaction in mothers with PPD. Psychoeducation aims to address typical developmental issues, while training emphasizes the processing of maternal faces. **Method:** 14 mothers with PPD participated in a randomized clinical trial with three comparison groups: psychoeducation, speech recognition training, and waiting list. Pre and post-intervention evaluations were performed. **Results:** Positive effects of accuracy increase in the recognition of angry faces in mothers who participated in the training group were found. Participating in the Psychoeducation group presented a positive effect on the maternal dimensions of proximity and relaxation evaluated in the mother-baby relationship, in addition to vocalizations of the infants. **Conclusions:** Psychoeducation had an improvement in the quality of the mother-baby relationship when compared to the other groups. Further studies with larger sample sizes are needed in order to confirm the effects found.

Keywords: Postpartum depression. Psychoeducation. Intervention. Mother-baby relationship.

3.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, uma revisão sistemática encontrou índices de prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) entre 7,2% e 39,4%, semelhante a pesquisas realizadas em outros países socioeconomicamente similares (LOBATO et al., 2011). A influência DPP na interação mãe-bebê tem grande destaque entre os pesquisadores sobre o assunto nas últimas décadas. Estudos apontam que as implicações da DPP na interação mãe-bebê ocorrem nos primeiros meses de vida da criança, considerando-se a maior incidência dos quadros depressivos nesse período (CAMPBELL et al., 1995).

Ao compararmos mães deprimidas com não deprimidas, a interação das deprimidas com seus bebês é caracterizada por menor gasto de tempo olhando, tocando e falando com a criança, e as mães apresentam mais expressões negativas, menos responsividade, menos espontaneidade e menores índices de atividade com o bebê (COHN et al, 1990; FIELD et al., 1990). Desta forma, mães deprimidas mais frequentemente falham em responder apropriadamente a seu bebê e em aliviar o estresse infantil, sendo menos eficazes em responder às necessidades dos seus filhos (MURRAY; COOPER, 1997). A qualidade desta relação entre mãe e bebê está fortemente relacionada com a trajetória do desenvolvimento infantil (MILGROM; HOLT, 2014), marcada por déficits no desenvolvimento emocional,

social, cognitivo e físico (FIELD, 2010; GOODMAN et al., 2013; MURRAY et al., 2010; MURRAY ET AL., 2011).

Considerando estudos realizados com amostras brasileiras, uma pesquisa com 165 mães e seus bebês em uma cidade do Rio Grande do Sul correlacionou as alterações dos índices de risco ao desenvolvimento do bebê e presença de DPP. Os resultados apontam que há uma correlação positiva, ou seja, mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento de seus bebês (PEREIRA, RAMOS & BRAGANÇA, 2014). Em outro estudo, mais de 90% das mães relatou considerar importante estimular seu bebê com práticas como ler livros, conversar, carregar no colo. Contudo, apenas pouco mais de 60% delas realmente o faziam, sendo que as mães deprimidas fazem significativamente menos que as mães não deprimidas (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Assim, intervenções para DPP devem considerar não apenas a remissão da sintomatologia materna, mas também os efeitos obtidos na relação mãe-bebê (LETOURNEAU et al., 2011). Em uma revisão sistemática publicada em 2013, apenas 14,8% dos tratamentos encontrados tinham como objetivo melhorar a qualidade da relação mãe-bebê e 18,5% eram integrativos, com foco na relação e na diminuição dos sintomas maternos (OLHABERRY et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (2013) sugere que a prevenção, o diagnóstico e o cuidado na DPP sejam realizados de forma integrada nos atendimentos primários à família. Uma metanálise realizada por Stephens e colaboradores (2016) encontrou resultados positivos na diminuição dos sintomas depressivos em intervenções realizadas pelos responsáveis pelo cuidado primário. Contudo, estas intervenções não tinham como objetivo principal a melhora da qualidade da relação mãe-bebê (STEPHENS et al., 2016). No Brasil há uma lacuna de procedimentos delimitados para tal, tanto de prevenção quanto de diagnóstico e de tratamento.

Soma-se a esta lacuna de intervenções eficazes, as dificuldades encontradas por mães deprimidas no período pós-parto para busca e adesão a um tratamento adequado. Dentre essas barreiras ressaltamos questões de deslocamento e a necessidade de um cuidador para o bebê enquanto a mãe realiza o atendimento, custo, o estigma de buscar tratamento para questões psicológicas e psiquiátricas, além da falta de informação, tanto para reconhecer as dificuldades quanto para saber locais adequados nos quais buscar ajuda (KO et al., 2012; O'HARA; MCCABE, 2013).

A partir disto, o presente estudo tem como objetivo principal verificar os efeitos das intervenções de psicoeducação e de treinamento de reconhecimento de expressões na qualidade da relação mãe-bebê. Estas duas intervenções foram comparadas com mães que

foram designadas ao grupo lista de espera. A hipótese do estudo é que mães que receberem o treinamento de expressões faciais e psicoeducação irão melhorar a qualidade da relação mãe-bebê, sendo que as mães do treinamento terão uma melhora maior que a das mães do segundo grupo. Além disto, melhoras no humor materno são esperadas tanto no grupo que recebeu a psicoeducação quanto no de treinamento de reconhecimento de expressões.

3.2 MÉTODO

Este estudo é um ensaio clínico randomizado, com três grupos de comparação: psicoeducação, treinamento de reconhecimento de expressões e lista de espera. Foram realizadas avaliações pré e pós-intervenção.

3.2.1 Participantes

Um total de 14 díades de mulheres com bebês entre quatro e doze semanas de vida participaram do estudo e completaram a avaliação pós-intervenção. Cinco díades participaram do grupo de psicoeducação, três do treinamento de reconhecimento de expressões e seis da lista de espera. Os critérios de inclusão foram: a) mães com 18 anos ou mais, alfabetizadas e com o diagnóstico de DPP (EPDS \geq 11 e episódio depressivo atual na SCID), b) bebês nascidos a termo, sem problemas de saúde. Dentre os critérios de exclusão estavam: a) mães com HIV/AIDS, dependência química, esquizofrenia, psicose pós-parto e retardo mental; b) bebês gemelares, bebês com alguma malformação congênita, síndrome genética e alterações visuais. Foi investigado o uso de medicação durante a gestação e durante a execução das intervenções, sendo que uma mãe em cada grupo fazia o uso de Fluoxetina.

Não houve diferenças significativas na idade das participantes entre os grupos [$F(2,11) = 1,553$, $p = .255$, $n^2 = .220$] nem na intensidade de sintomas depressivos pela EPDS na pré-intervenção [$F(2,11) = 0.361$, $p = .705$, $n^2 = .062$], tendo 50% das mães episódios anteriores de depressão pela SCID. No critério de Classificação Econômica Brasil, a maior parte das mães ficou nos grupos D e E (57.1%), e 35,7% nos grupos C1 e C2. A maior parte das mães (64.3%) se autodeclararam brancas e moravam em Porto Alegre, seguidas de 21,4% moradoras da região metropolitana e apenas 14,3% em outras cidades. Como mostrado na Tabela 1, não houve diferenças significativas entre grupos referente ao grau de escolaridade [$\chi(4) = 2.508$, $p = .643$], estado civil [$\chi(2) = 1.805$, $p = .406$] e ocupação [$\chi(2) = 0.62$, $p = .969$].

Dentre os bebês, a maioria das crianças é menina [$\chi(2)=0.253, p=.881$] e filhos(as) únicos [$\chi(2)=1.079, p=.583$].

Tabela 1 Características demográficas da amostra

	Psicoeducação (n=5)	Treinamento (n=4)	Lista de Espera (n=6)
Características da Mãe			
Idade (Média/DP)	22.60 (3.05)	27.75 (7.41)	28.50 (5.57)
Escore EPDS (Média/DP)	16.40 (3.78)	17.25 (6.45)	14.17 (4.07)
Educação (%)			
Ensino Fundamental	1 (20.0%)	1 (25%)	2 (33.32%)
Ensino Médio Completo	4 (80.0%)	2 (50%)	3 (49.98%)
Ensino Superior Completo	0	1 (25%)	1 (16.66%)
Ocupação (%)			
Empregada	4 (80.0%)	2 (50%)	4 (66.68%)
Não empregada	1 (20.0%)	2 (50%)	2 (33.32%)
Estado Civil (%)			
Casada/Mora Junto	1 (20.0%)	1 (25%)	2 (33.3%)
Solteira	4 (80.0%)	3 (75%)	4 (66.7%)
Características do Bebê			
Sexo (%)			
Masculino	2 (40.0%)	1 (25%)	3 (50.0%)
Feminino	3 (60.0%)	3 (75%)	3 (50.0%)
Idade em dias (media/DP)	86.40 (22.68)	78.00 (33.10)	79.33 (32.42)
Único Filho (%)			
Sim	4 (80.0%)	3 (75%)	3 (50%)
Não	1 (20.0%)	1 (25%)	3 (50%)

Fonte: a autora (2017)

3.2.2 Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), aprovado pelo número CAAE: 62179216.0.0000.5336. O recrutamento das mães ocorreu pelo método bola de neve, através da divulgação em redes sociais e pelo contato com as mães em um hospital de Porto Alegre nas 48h pós-parto. As mães contatadas via hospital foram acessadas presencialmente através de um plantão realizado pelas auxiliares de pesquisa três vezes por semana ao longo de 9 meses do ano de 2017. Todas as mães que tiveram bebê durante este período foram contatadas, o objetivo do estudo foi apresentado e foram solicitados dados da mãe, do bebê e um telefone de contato para as que tinham interesse em participar. Através destas informações básicas foram excluídas da amostra mães menores de idade e que os bebês eram gemelares ou tivessem algum dos critérios de exclusão da pesquisa. Os demais critérios de inclusão e exclusão foram verificados na avaliação pré-intervenção, assim como retomado possíveis problemas de saúde do bebê.

Entre quatro e doze semanas pós-parto foi realizado o contato telefônico com todas as mães interessadas, retomando os objetivos e procedimento da coleta, além de realizar a aplicação EPDS. Foram realizadas, pelo menos, duas tentativas de ligação em turnos diferentes e o envio de uma mensagem no whatsapp, quando possível. As mães não contatadas foram as que não responderam a nenhuma destas tentativas.

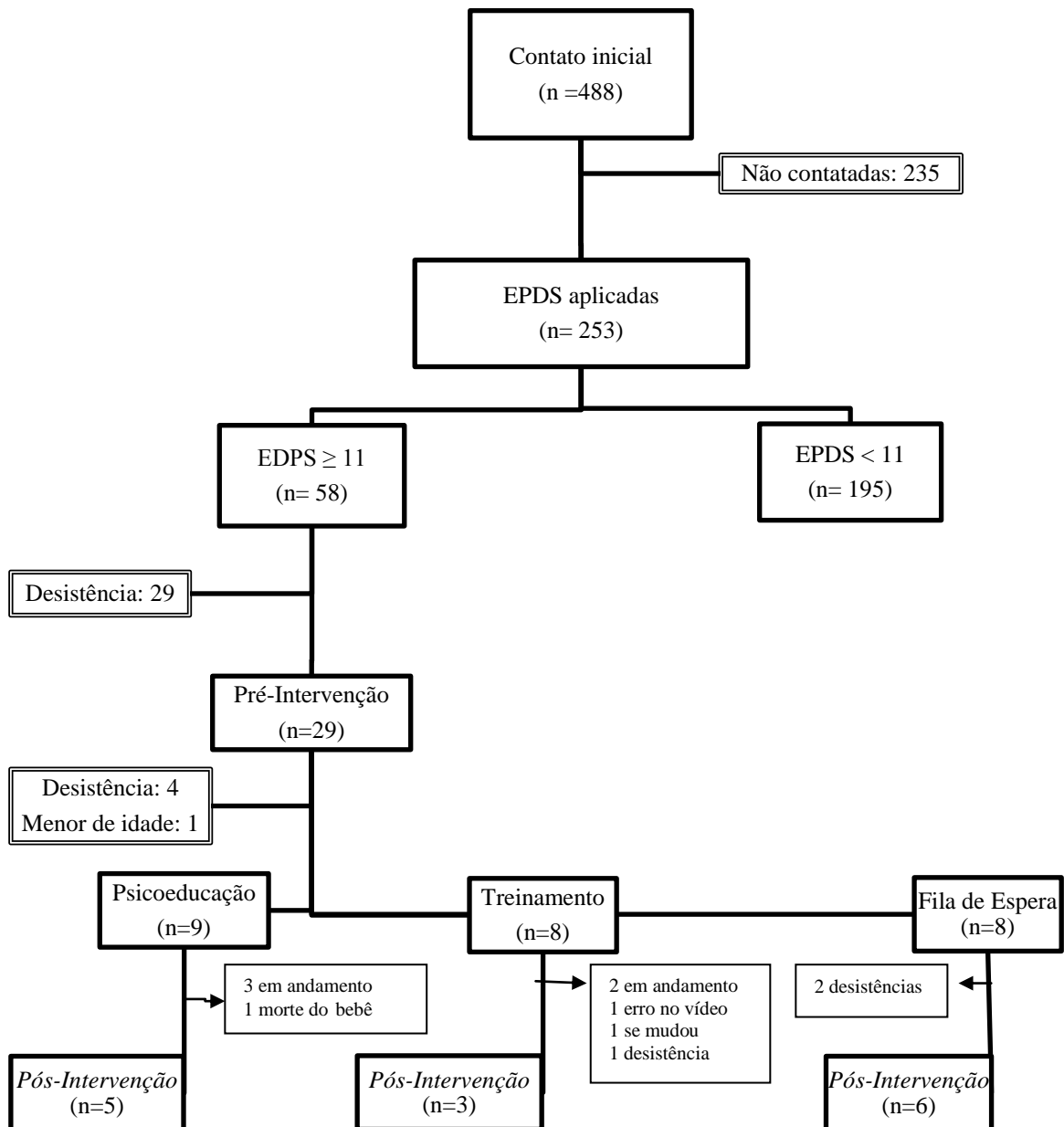
Através da aplicação da EPDS por telefone, as mães que pontuaram ≥ 11 foram convidadas para participar do estudo. Neste momento, foi agendada a aplicação da avaliação pré-intervenção, sendo possibilitado que a mãe optasse pela realização na PUCRS ou em sua casa. A aplicação da coleta ocorreu majoritariamente na casa das mães (73,33%) tendo as demais sido realizadas na PUCRS. Dentre os grupos, 60% da psicoeducação, 75% do treinamento e 83,34% da lista de espera realizou a avaliação e a intervenção em casa. Nesta avaliação inicial foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as mães foram randomizadas em um dos três blocos de intervenção, através do *block randomization software*. As participantes foram cegas quanto a qual condição de intervenção elas fazem parte.

Tanto a pré quanto a pós-intervenção foram aplicadas por um avaliador cego quanto ao grupo no qual a mãe foi randomizada. A ordem de aplicação dos instrumentos iniciava com o questionário sociodemográfico e, caso o bebê tivesse acordado, a filmagem da interação mãe-bebê era realizada primeiro. Após a avaliação pós-intervenção as mães que continuaram

apresentando sintomas depressivos ou demonstraram interesse em continuar acompanhamento psicológico foram encaminhadas para atendimento. Sete mães foram encaminhadas para atendimento psicológico e cinco foram encaminhadas para atendimento psiquiátrico.

A Figura 1 mostra o diagrama da coleta de dados até o presente momento. Foram contatadas 488 mulheres nas primeiras 48 horas do período pós-parto no hospital ou através da divulgação do projeto pelo Facebook. Dentre as EPDS realizadas, 195 tiveram escores < 11 (não deprimidas) e receberam este *feedback*. As 58 mães com escore da EPDS ≥ 11 foram consideradas elegíveis para participar da coleta de dados. Dentre estas, 29 não tiveram interesse em participar ou não compareceram à sessão inicial de avaliação. As mães que finalizaram a pré-avaliação foram randomizadas em um dos três grupos. Dentre estas, uma não concluiu a intervenção pela morte do bebê; uma se mudou para outra cidade; um vídeo da pré-avaliação teve erro e a mãe foi parcialmente excluída por não poder ser avaliada a interação da díade, sendo avaliados apenas os desfechos no reconhecimento de expressões faciais; e duas desistiram entre o início das sessões e a avaliação pós-intervenção. As coletas seguem em andamento.

Figura 1 Diagrama de coleta



Fonte: a autora (2017)

3.2.3 Intervenções

3.2.3.1 Psicoeducação

Foram realizados quatro encontros individuais semanais com as mães de cerca de 60 minutos. Foram trabalhadas questões do desenvolvimento típico; amamentação; alimentação; higiene; banho; problemas, como choro, refluxo, irritabilidade, cólicas, sono agitado, sono excessivo, pouco sono; e modificações na configuração familiar, nos pensamentos e sensações maternas através de cartilhas com estas temáticas. Todas as sessões tiveram a presença da mãe e do bebê e foram realizadas por uma psicóloga e uma aluna de iniciação científica para

auxiliar no cuidado do bebê, caso necessário. A intervenção foi realizada por profissionais do sexo feminino, com um treinamento prévio e que não participaram da avaliação das mães.

3.2.3.2 Treinamento de Reconhecimento de Emoções

Tem como alvo o processamento de faces materno. Foram realizados quatro encontros no total com este grupo, sendo um encontro por semana, com duração de 60 minutos. Todas as sessões tiveram a presença da mãe e do bebê e foram realizadas por uma psicóloga e uma aluna de iniciação científica para auxiliar no cuidado do bebê, caso necessário. O treinamento foi realizado por profissionais do sexo feminino, com um treinamento prévio e que não participaram da avaliação das mães.

3.2.3.3 Lista de espera

O grupo lista de espera teve formato de grupo controle. As participantes do grupo lista de espera foram livres para busca de tratamento conforme sua necessidade pessoal, contudo as mães só buscaram acompanhamento após a avaliação pós-intervenção junto com a indicação da equipe. Após o término da avaliação pré-intervenção, foi realizado um contato por telefone com as mães deste grupo, informando que elas receberão a reavaliação cinco semanas após o término da avaliação. No caso da manutenção dos sintomas depressivos ou identificação de outras dificuldades, foi realizado um encaminhamento para atendimento de acordo com a necessidade da participante.

3.2.4 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos foram utilizados tanto na avaliação pré e pós-intervenção, exceto o questionário sociodemográfico que não foi reaplicado.

Questionário Sociodemográfico: questionário desenvolvido especificamente para esta pesquisa (no anexo C).

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (COX et al., 1987; M. F. S. SANTOS et al., 1999): consiste em 10 itens em uma escala Likert de 3 pontos referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. A escala apresenta bons índices de consistência interna (Alfa de Cronbach $\alpha = 0,87$). A EPDS foi originalmente adaptada para o Brasil por Santos e colaboradores (1999) que a partir da avaliação de 69

mulheres propuseram ponto de corte ≥ 11 , com 84% de sensibilidade e 82% de especificidade. Mais recentemente, utilizando uma amostra da cidade de Pelotas-RS foram avaliadas 378 mulheres no terceiro mês pós-parto, e os resultados apontaram ≥ 11 como o melhor ponto de corte para a triagem da DPP, com 82,6% de sensibilidade e 65,4% de especificidade (SANTOS et al., 2007). Esta pesquisa utilizou como ponto de corte pontuação igual ou superior a 11 pontos para triagem de DPP.

Inventário Beck de Depressão II (BDI-II): O BDI-II (BECK et al., 1996) é uma medida de auto-avaliação de depressão que consiste em vinte e um itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. O BDI tem demonstrado bons índices de consistência interna (Alpha de Cronbach $\alpha > 0.80$) em pesquisas realizadas com amostras brasileiras. O presente estudo utilizou como ponto de corte pontuação igual ou superior a 20 pontos (GORENSTEIN et al., 2011).

Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID): entrevista semiestruturada compatível com os critérios do DSM-IV. A SCID-I (FIRST et al., 1997; DEL-BEN et al., 2001) possibilita o diagnóstico dos transtornos do Eixo I e inclui uma entrevista de triagem estruturada contendo 42 itens pontuados em uma escala categórica para a presença ou ausência do sintoma. Neste estudo foram aplicadas as subescalas da SCID-I com base nas categorias respondidas positivamente na entrevista de triagem.

Tarefa de reconhecimento de faces emocionais de bebês: Foram utilizadas imagens de rostos de bebês representativas das emoções de alegria, tristeza e neutra oriundas do banco de imagens do *Oxford Parent Project* e da coleta brasileira. As imagens foram apresentadas em um computador (laptop) com tela de 15 polegadas utilizando-se o programa Eprime. Cada participante foi solicitado a avaliar cada imagem e nomear a emoção correspondente àquela expressão facial e a intensidade da mesma. As imagens foram apresentadas em dois tempos de exposição diferentes 200ms e 1000ms. Foram apresentadas 26 faces de bebês (cinco para alegria e tristeza e três neutras, repetidas nos dois tempos de duração do estímulo 200ms e 1000ms). Para avaliar a acurácia, foi atribuído um ponto para cada identificação correta da emoção apresentada na face para cada um dos *trials*. Desta forma, foi construída uma média de acurácia para cada emoção em cada duração de estímulo, tanto na avaliação pré quanto pós-intervenção. A intensidade foi medida em uma escala Likert de cinco pontos, sendo 1 muito fraco e 5 muito forte, que o participante atribuiu para cada face. Foi realizada uma média da intensidade atribuída pelo participante para cada emoção em cada um dos tempos de apresentação do estímulo, pré e pós-intervenção.

Tarefa de reconhecimento de faces emocionais de adultos (VASCONCELLOS et al., 2009): serão utilizadas imagens de rostos adultos, a fim de que se possa verificar como os participantes do estudo identificam as emoções expressas pelas faces. As fotos produzidas expressam emoções básicas de medo, tristeza, alegria, nojo, surpresa, neutra e raiva, considerando a universalidade dessas emoções já destacadas em trabalhos anteriores. A cada participante foi solicitado que nomeasse e identificasse a intensidade de uma dessas emoções a partir da imagem apresentada. O procedimento de apresentação e avaliação das faces seguiu o mesmo padrão das imagens de bebês. Foram apresentadas 52 faces de adultos (quatro para cada uma das emoções e duas para as faces neutras, repetidas nos dois tempos de duração do estímulo 200ms e 1000ms). Os escores de acurácia e intensidade seguem o padrão das imagens de bebês, sendo o primeiro realizado através de uma média a partir de atribuições corretas (um ponto) e o segundo através de pontuações atribuídas em uma escala Likert de cinco pontos. Neste estudo foram apresentadas as emoções alegria, medo, raiva e tristeza pela relevância descrita na literatura para DPP.

Global Rating Scale for Mother-infant Interaction – GRS (MURRAY et al., 1996): a interação mãe-bebê foi avaliada a partir da observação direta de brincadeira entre mãe e bebê através do instrumento GRS desenvolvido para avaliar a qualidade da interação mãe-bebê. O instrumento tem sido utilizado para avaliar a qualidade da relação mãe-bebê em mães com depressão pós-parto e tem se mostrado com boa validade de discriminação na avaliação da interação (Murray et al., 1996). Além disso, o GRS tem validação transcultural, com estudos na Europa, África e América do Sul. As mães e os bebês foram filmados interagindo, por cinco minutos, em sua residência. O bebê estava posicionado em um bebê conforto, berço, colo da mãe ou sofá. A interação foi filmada de forma livre, como a mãe preferisse posicionar seu filho, desde que fosse possível realizar contato visual com o mesmo. A mãe foi convidada a interagir com seu bebê, podendo brincar e falar com o mesmo, da forma que mais lhe agradasse, com ou sem auxílio de objetos ou brinquedos, por 5 minutos (MURRAY et al., 1996). A filmadora estava posicionada de forma a capturar toda a face do bebê e de sua mãe. As interações foram avaliadas a cada minuto em uma escala Likert de 5 pontos nas seguintes dimensões: mãe (calorosa/positiva; aceitação; responsiva; demandante; sensível; comportamento não intrusivo; discurso/fala não intrusivo; não distante; não silenciosa; feliz; muita energia/motivação; envolvida com a criança; e descontráida), para o bebê (atenção para a mãe; comunicação ativa; vocalizações positivas; envolvido com o ambiente; alerta; feliz; e não irritável) e da avaliação da interação da dupla (suave/fácil; engraçado; satisfatório; muito envolvimento; e animado). A avaliação dos vídeos de interação foi realizada por dois avaliadores independentes treinados,

sendo a dupla composta de uma psicóloga e uma aluna de iniciação científica estudante de psicologia. Quando houve uma discordância em 30% ou mais entre as características avaliadas, uma terceira avaliadora, previamente treinada, psicóloga e em julgamento cego, avaliou novamente os vídeos. O escore atribuído para realização das análises foi a média da pontuação das juízas nos cinco minutos de interação para cada uma das dimensões. Neste estudo, são apresentadas apenas as que obtiveram resultados significativos ou que tem uma relevância maior descrita na literatura de intervenções para DPP.

3.2.5 Análise dos dados

Foram analisados os dados das mães que completaram as quatro sessões previstas para os grupos de intervenção e o pós-avaliação. As análises foram realizadas com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Inicialmente, foi verificada a normalidade da distribuição dos dados com o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis sociodemográficas e decorrentes das escalas, foram utilizadas análises descritivas (frequência, média e desvio padrão).

Para as análises dos desfechos principais do estudo, foi realizado um escore de melhora dos sintomas depressivos subtraindo do escore da EPDS na pós-intervenção o escore da EPDS na pré-avaliação (EPDS Pós – EPDS Pré-Intervenção). Na avaliação da acurácia no reconhecimento de faces, tanto de adultos quanto de bebês, foi atribuído um ponto para cada identificação correta para cada um dos *trials*. A partir disto, foi constituída uma média de acurácia para cada emoção em cada duração de estímulo. Então, foram conduzidas análises de medidas repetidas em um desenho 3 x 2 x 2¹, com o objetivo de investigar efeitos de grupo, duração do estímulo e tempo, e as interações entre grupo e duração do estímulo e grupo e tempo. Para intensidade foi analisada a média geral da intensidade para cada emoção em cada duração de estímulo. Da mesma forma que a avaliação de acurácia, foram conduzidas análises de medidas repetidas em um desenho 3 (grupo) x 2 (duração do estímulo) x 2 (tempo: T1 e T2). Todas as análises foram conduzidas considerando a melhora na intensidade de sintomas depressivos pela EPDS como covariável.

Para avaliar o efeito do treinamento na qualidade da interação, foi realizada a média entre a pontuação dada pelo avaliador um e dois em cada uma das dimensões nos cinco minutos avaliados. Foi realizada uma análise de medidas repetidas, considerando as

¹ 3, grupo; 2, duração do estímulo; e 2, tempo: T1 e T2

dimensões da interação mãe-bebê como variável dependente e o grupo da mãe como variável independente e covariando pela melhora na intensidade de sintomas depressivos pela EPDS. Para todas as análises foi utilizado o valor de significância de $p \leq 0,05$.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Sintomatologia materna

Houve uma diferença significativa na sintomatologia materna de depressão avaliada na pré e pós-intervenção pelo escore total na EPDS [$F(1,12)=8.461$, $p=.013$, $n^2=.414$, sendo a média geral da amostra pré-intervenção $M=15.73$ ($dp=4.56$); pós-intervenção $M=12.00$ ($dp=6.63$)]. Contudo, a interação grupo*tempo não foi significativa [$F(2,12)=1.857$, $p=.198$, $n^2=.236$], sugerindo uma melhora nos escores de depressão pelo tempo e não como desfecho das intervenções. Apesar de não ser significativo, o grupo psicoeducação apresentou uma tendência maior na diminuição dos sintomas depressivos maternos [Pré-intervenção $M=16.40$ ($dp=3.78$); Pós-Intervenção $M=9.40$ ($dp=5.32$)], ao comparado com os outros grupos: treinamento [Pré-intervenção $M=17.25$ ($dp=6.45$); Pós-Intervenção $M=16.00$ ($dp=10.49$)] e lista de espera [Pré-intervenção $M=14.17$ ($dp=4.07$); Pós-Intervenção $M=11.50$ ($dp=3.83$)]. A partir deste resultado foi construído o escore de melhora dos sintomas depressivos (EPDS Pós – EPDS Pré-Intervenção), para ser utilizado como covariável das análises dos desfechos principais, avaliando se as diferenças encontradas não dariam apenas pela melhora nos sintomas depressivos maternos.

3.3.2 Efeito das intervenções no reconhecimento de expressões faciais

A tarefa de reconhecimento de faces emocionais de bebês apresentou um efeito de teto, tendo altas taxas de acurácia para faces neutras e de tristeza, tanto na pré quanto na pós-intervenção (todos os índices acima de 90% de acurácia) nos dois grupos. Tal resultado não permitiu investigação dos efeitos de grupo nestes desfechos. As faces de alegria também apresentaram altos índices de acurácia, mas foi observada variabilidade – permitindo investigação dos efeitos de grupo. Os três grupos melhoraram a acurácia do reconhecimento de alegria, em especial o grupo de treinamento, porém as diferenças não foram significativas [200ms: psicoeducação 4% melhora, treinamento 20% melhora e lista de espera 3% melhora; 1000ms psicoeducação 16% melhora, treinamento 15% melhora e lista de espera 6% melhora]. Ao avaliarmos a intensidade atribuída para as faces, houve diferença significativa entre pré e

pós-avaliação nas faces alegres de bebês em 1000ms [$F(1,11)=44.842$, $p=.000$, $n^2=.80$; sendo a média geral da amostra pré-intervenção $M= 1.57$, $dp=.301$; pós-intervenção $M= 3.23$, $dp=.704$]. Contudo, a interação grupo*tempo não foi significativa [$F(2,11)=2.199$, $p=.157$, $n^2=.286$].

Na tarefa de reconhecimento de faces emocionais de adultos, os índices médios de acurácia variaram entre zero e 100%, com as taxas mais baixas de acerto em alegria e as mais altas em raiva e tristeza. Em relação à alegria, não foram observados efeitos significativos de tempo nem de grupo*tempo nem em 200ms nem em 1000ms. Entretanto, destaca-se que o grupo lista de espera apresentou uma tendência mais acentuada a piora no reconhecimento desta emoção do que os dois outros grupos nos dois tempos de exposição. No que tange a intensidade da alegria, não houve diferenças significativas de tempo ou grupo*tempo em 200ms, nem de tempo em 1000ms. Contudo, houve um efeito marginalmente significativo grupo*tempo em 1000ms [$F(2,11)=3.072$, $p=.087$, $n^2=.358$], sendo que o grupo psicoeducação diminuiu significativamente a intensidade atribuída [Pré-intervenção: psicoeducação $M= 3.10$ ($dp=.67$), treinamento $M= 3.31$ ($dp=1.04$), lista de espera $M= 2.37$ ($dp=.72$); Pós-intervenção: psicoeducação $M= 2.00$ ($dp=1.13$), treinamento $M= 3.25$ ($dp=1.32$), e lista de espera $M= 2.83$ ($dp=.34$)].

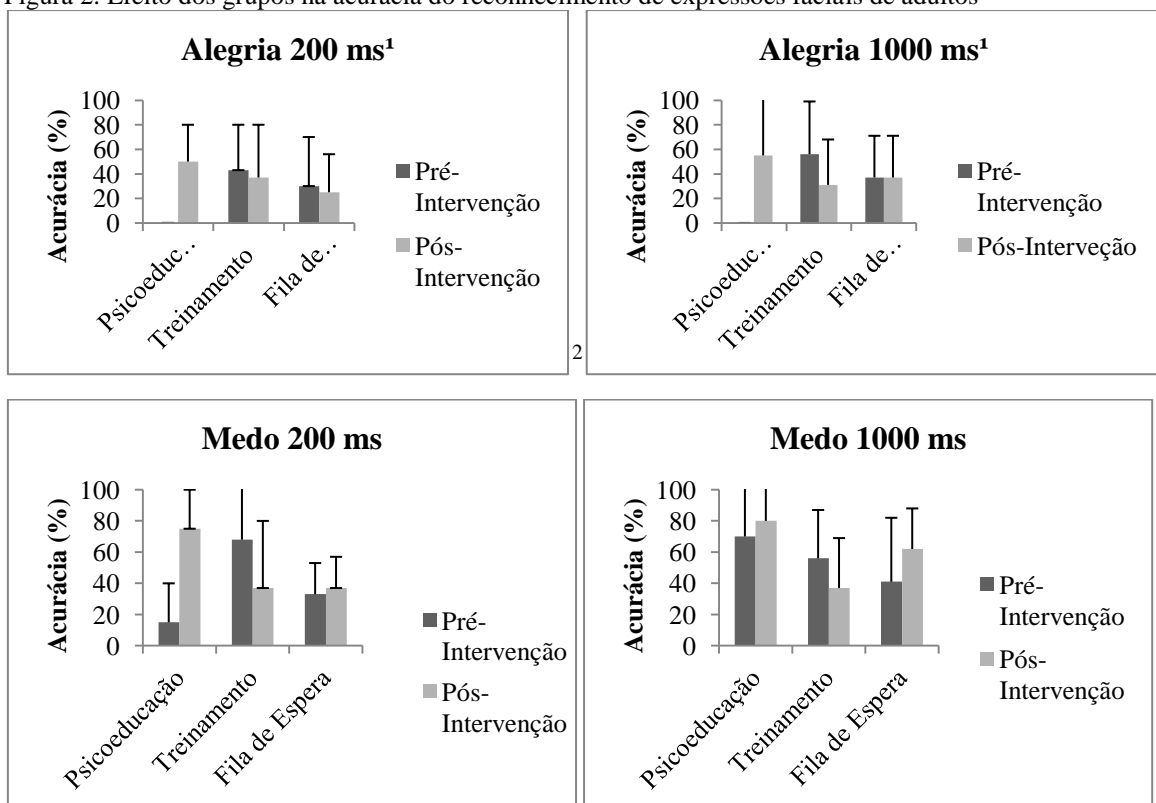
Em relação à emoção de medo, em 200ms foi observado efeito significativo grupo*tempo [$F(2,11)=7.686$, $p=.008$, $n^2=.583$]. Mães que participaram do grupo de treinamento tiveram uma diminuição na acurácia (-31%), enquanto os outros dois grupos, psicoeducação (60%) e lista de espera (4%) melhoraram na acurácia. Em 1000ms os resultados revelaram uma direção similar, ainda que o efeito não tenha sido significativo. Em relação à intensidade atribuída ao medo, em 200ms não houve efeito significativos de tempo, nem de grupo*tempo. Em 1000ms, houve um efeito significativo de tempo [$F(1,11)=8,252$, $p=.015$, $n^2=.429$]. As médias de intensidade atribuídas foram na pré-intervenção: psicoeducação $M=3.50$ ($dp=.88$), treinamento $M=3.81$ ($dp=.90$), e lista de espera $M=3.04$ ($dp=.48$), enquanto na pós-intervenção foram: psicoeducação $M=2.90$ ($dp=.72$), treinamento $M=2.87$ ($dp=1.59$), e lista de espera $M=3.25$ ($dp=.32$). Além disso, foi também observado um efeito grupo*tempo [$F(2,11)=5.412$, $p=.023$, $n^2=.496$], sendo que o grupo de treinamento definiu as faces de medo como menos intensas no pós intervenção. As médias da intensidade para cada grupo na pré-intervenção foram: psicoeducação $M= 3.50$ ($dp=.88$), treinamento $M= 3.81$ ($dp=.90$), lista de espera $M= 3.04$ ($dp=.48$), enquanto no pós-avaliação o grupo de psicoeducação obteve média $M=2.90$ ($dp=.72$), treinamento $M= 2.87$ ($dp=1.59$), lista de espera $M= 3.25$ ($dp=.32$).

Em relação à raiva, foi observado efeito significativo grupo*tempo em 200ms [$F(2,11)=3.865$, $p=.054$, $n^2=.413$], sendo que o grupo treinamento teve melhora na acurácia

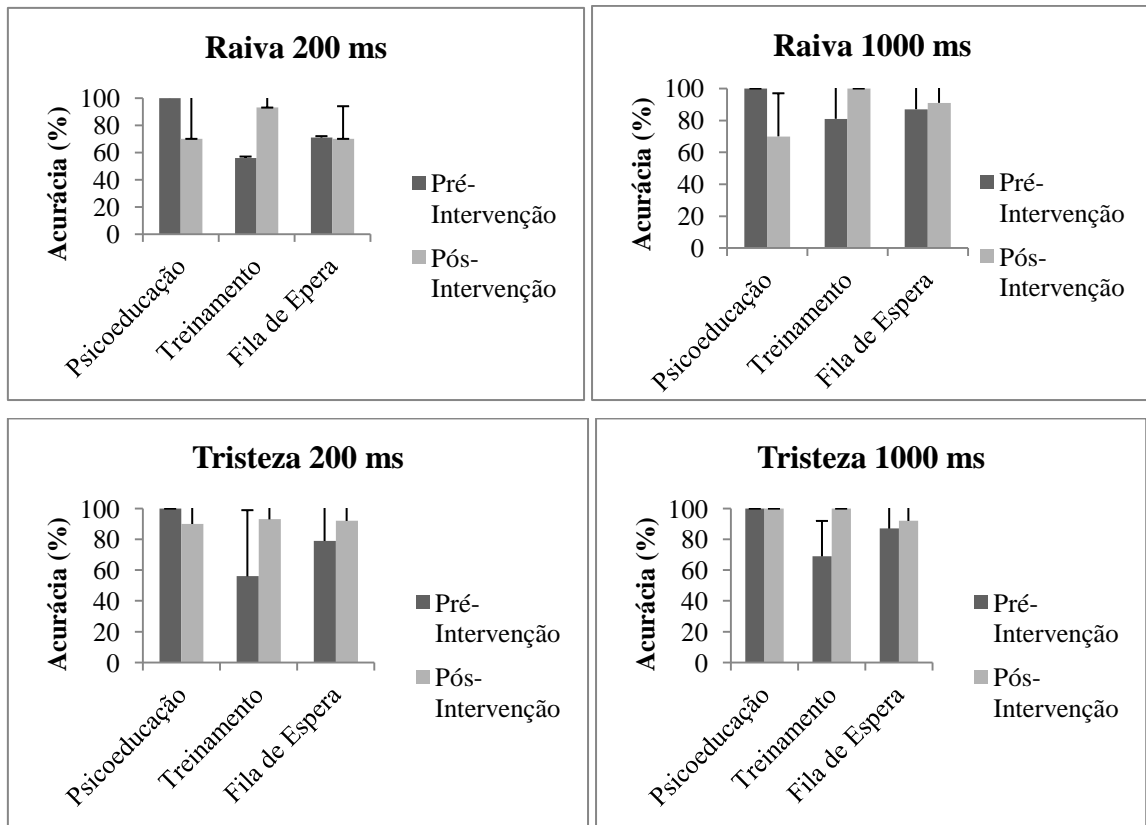
[pré-intervenção: psicoeducação $M=1.00$ ($dp=.00$), treinamento $M=.56$ ($dp=.24$), e lista de espera $M=.71$ ($dp=.29$); pós-intervenção: psicoeducação $M=.70$ ($dp=.32$); treinamento $M=.94$ ($dp=.12$); e lista de espera $M=.79$ ($dp=.24$). Em 1000ms, o efeito de grupo*tempo marginalmente significativo [$F(2,11)=3.433$, $p=.069$, $\eta^2=.384$]. As médias de intensidade para cada grupo na pré-intervenção foram: psicoeducação $M=1.00$ ($dp=.00$), treinamento $M=.81$ ($dp=.24$) e lista de espera $M=.87$ ($dp=.14$), enquanto no pós-avaliação foram no grupo de psicoeducação $M=.70$ ($dp=.27$), treinamento $M=1.00$ ($dp=.00$), e lista de espera $M=.92$ ($dp=.13$). Não houveram diferenças significativas na intensidade em nenhum dos tempos de apresentação do estímulo. Para a emoção tristeza, não houve resultados significativos de tempo nem de grupo*tempo na acurácia e na intensidade em nenhum tempo de exposição.

A Figura 2 apresenta o desempenho de acurácia para cada uma das emoções, pré e pós-intervenção, para cada um dos grupos, nos dois tempos de exposição do estímulo e a Figura 3 apresenta as intensidades atribuídas.

Figura 2. Efeito dos grupos na acurácia do reconhecimento de expressões faciais de adultos

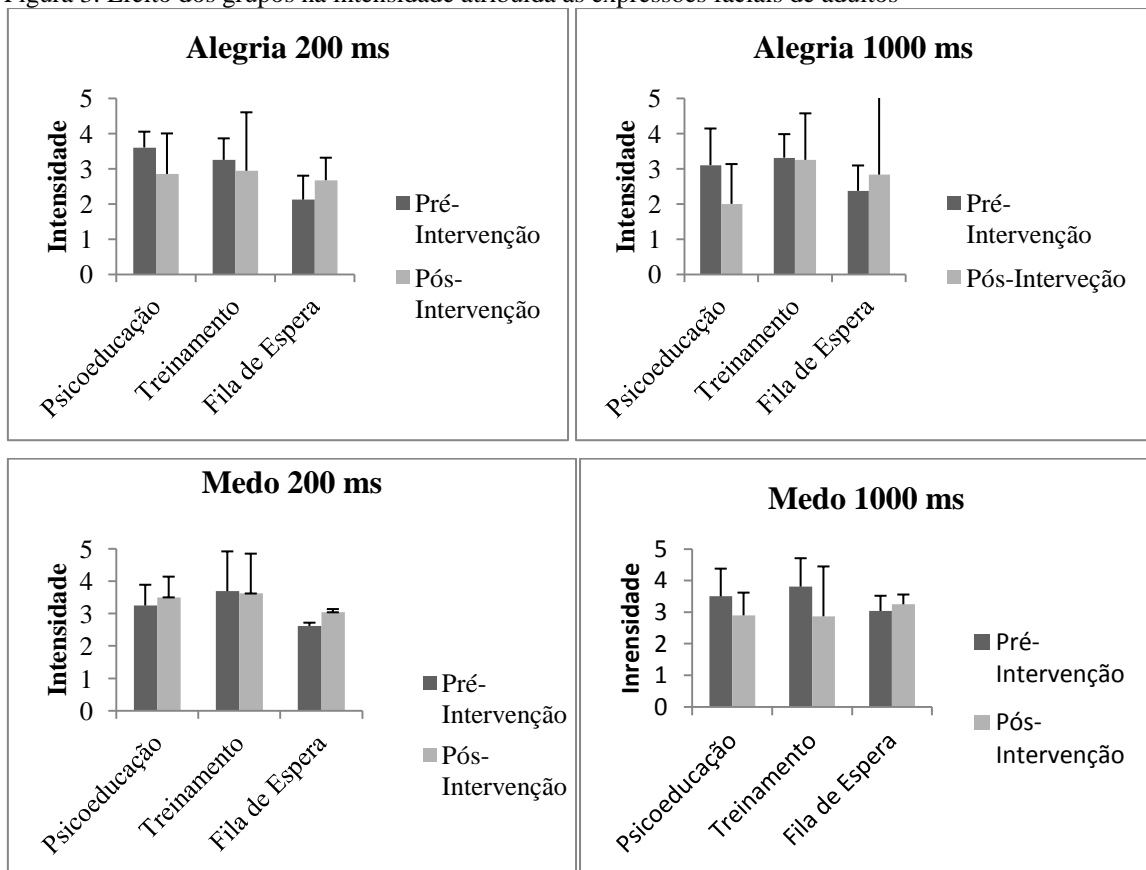


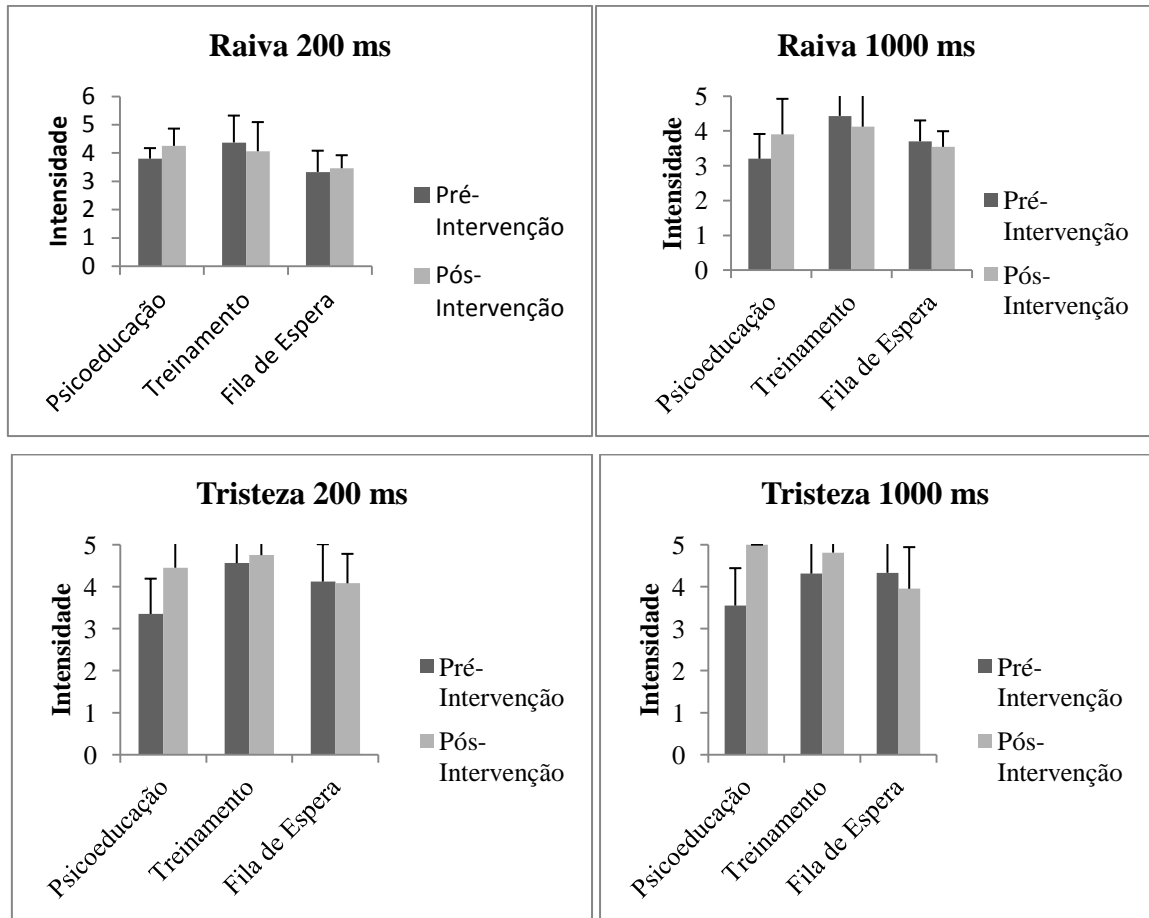
² Nas faces de alegria em 200ms e 1000ms as mães do grupo psicoeducação obtiveram um escore de zero, não acertando nenhuma das faces.



Fonte: a autora (2017)

Figura 3. Efeito dos grupos na intensidade atribuída às expressões faciais de adultos





Fonte: a autora (2017)

3.3.3 Efeito das intervenções na qualidade da relação mãe-bebê

Ao avaliarmos as médias das dimensões da interação, as mães apresentaram pontuações intermediárias com médias próximas de três, sugerindo que as mães do estudo possuem, de forma geral, uma interação positiva com seus bebês.

Em relação aos efeitos de tempo e grupo*tempo nas dimensões de comportamento materno avaliadas, houve efeito grupo*tempo em duas dimensões de comportamento materno avaliadas, sendo que nos dois casos o grupo psicoeducação apresentou melhora na interação – quando comparado aos outros dois grupos. O efeito na dimensão não distante foi significativo [$F(2,10)=7.035$, $p=.012$, $\eta^2=.585$], sendo que as médias na pré-intervenção dos grupos foram: psicoeducação $M=3.60$ ($dp=.59$), treinamento $M=3.70$ ($dp=.56$), lista de espera $M=4.08$ ($dp=.23$) e na pós-intervenção: psicoeducação $M=4.24$ ($dp=.43$), treinamento $M=3.47$ ($dp=.46$) e lista de espera $M=3.88$ ($dp=.35$). Houve também um efeito marginalmente significativo grupo*tempo na dimensão materna descontraída [$F(2,10)=3.025$, $p=.094$, $\eta^2=.377$]. As médias na pré-intervenção nesta dimensão foram para psicoeducação $M=3.42$

($dp=.20$), treinamento $M=3.85$ ($dp=.72$) e lista de espera $M=3.48$ ($dp=.58$), enquanto na pós-intervenção as médias do grupo psicoeducação $M=3.90$ ($dp=.54$), treinamento $M=3.30$ ($dp=.57$) e lista de espera $M=3.38$ ($dp=.64$).

Em relação aos comportamentos do bebê, as médias obtidas foram próximas a três, sugerindo uma boa interação do bebê com sua mãe. No que diz respeito às vocalizações dos bebês, as médias foram mais baixas, justificado pela idade dos bebês na coleta. Nas dimensões do bebê avaliadas, a dimensão de vocalizações apresentou um efeito de tempo [$F(1,10)=4.986$, $p=.05$, $\eta^2=.333$], havendo um aumento nas vocalizações de bebês [pré-intervenção $M=2.00$ ($dp=.71$); pós-intervenção $M=2.40$ ($dp=1.00$)].

Em relação às dimensões da díade, as duplas dos três grupos apresentaram médias próximas ou abaixo de três, indicando níveis relativamente baixos de interatividade. Não houve efeitos significativos de tempo nem de grupo*tempo nesta dimensão.

3.4 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar a efetividade de duas intervenções para mulheres com DPP, na qualidade da relação mãe-bebê. A hipótese principal do estudo era que o treinamento de reconhecimento de expressões aumentaria a acurácia materna no reconhecimento de faces e, conseqüentemente, haveria um aumento na qualidade da relação mãe-bebê. As mães do grupo de psicoeducação não apresentariam melhoras no reconhecimento de faces, mas melhorariam, em menor grau, na qualidade da relação mãe-bebê. Os dois grupos de intervenção teriam benefícios em comparação à lista de espera. Apesar de este estudo trazer dados preliminares e limitados, os resultados sugerem a efetividade das intervenções desenvolvidas em componentes diferentes.

Houve um alto percentual de não adesão das mães em participar do estudo após a aplicação da EPDS por telefone (50%). Este é um dado importante que corrobora com as dificuldades encontradas na literatura referente à busca de atendimento e adesão a este pelas mães com DPP (BAUER et al., 2017; GROTE et al., 2014), mesmo sendo um projeto que propôs acompanhar as mães através de visitas domiciliares. Intervenções que possam ser realizadas pela equipe de saúde primária, como recomendado pela OMS (2013), podem facilitar a aceitação das mães em participar e diminuir estigmas envolvidos com atendimento psicológico e doenças psiquiátricas, na medida em que este acompanhamento seria realizado por profissionais que já tenham um vínculo anterior com as mães. A nossa intervenção ser realizada por um grupo de pesquisa, não vinculado a um serviço de conhecimento prévio das

mães, foi um fator citado para não adesão a este. Algumas mães relataram a não aceitação do cônjuge na participação delas na coleta, sendo o conflito conjugal uma questão importante de ser avaliada. Contudo, a maior parte das mães não demonstrou interesse em participar por motivos como falta de motivação, possivelmente relacionado aos sintomas de DPP. Os sintomas de perda de interesse ou prazer, sentimento de desesperança e desamparo, perda de energia e dificuldades de sono, quando em maior intensidade, podem aumentar a dificuldade em adesão ao tratamento das mães com DPP. A maior amostra deste estudo (66,66%) tinha pelo menos ensino médio completo ou ensino superior completo, sendo possível que pelo elevado grau de escolaridade, estas mães tenham tido maior facilidade em compreender a importância de um acompanhamento profissional neste período e, conseqüentemente, em aderir ao estudo.

Todos os três grupos melhoraram na sintomatologia materna de DPP pela EPDS, indicando uma tendência de diminuição na intensidade dos sintomas com o decorrer do tempo, ou seja, uma remissão espontânea. Este resultado pode ter sido influenciado na medida em que os três grupos receberam alguma forma de acompanhamento, inclusive as mães do grupo fila de espera, com a pré e pós-avaliação. Nesses encontros, as mães foram acolhidas, tiveram espaço para falar das suas dificuldades e receberam o diagnóstico de DPP, normalizando as dificuldades encontradas por elas. Além disto, atendimentos de serviços de saúde realizados através de visitas domiciliares, como majoritariamente realizado neste estudo, estão relacionados a um aumento na percepção de suporte social (MILANI ET AL., 2017). A falta de suporte social é considerada um fator de risco importante para a DPP e o aumento deste fator pode estar associado à diminuição dos sintomas de depressão.

Pela melhora de sintomatologia materna ter ocorrido em todos os grupos, ressalta-se a importância da realização do o score de melhora dos sintomas depressivos (EPDS Pós – EPDS Pré-Intervenção), para ser utilizado como covariável das análises dos desfechos principais. Esta melhora de sintomas pode ter como consequência o aumento da qualidade da interação mãe-bebê e no reconhecimento de expressões faciais por si só, sem representar o efeito das intervenções.

É importante ressaltar que o grupo de psicoeducação apresentou uma tendência maior na melhora dos sintomas de depressão, apesar de não ser um objetivo específico da intervenção. Uma explicação possível para este resultado é que a psicoeducação, através do contato regular com alguém questionando sobre a saúde emocional das mães, com o tempo de acolhimento no início e no fim de todas as sessões, promoveu um nível de suporte e reassentamento satisfatório. As cartilhas utilizadas nas sessões, juntamente com as temáticas trabalhadas, podem ter aumentado o monitoramento dos comportamentos maternos direcionados ao bebê, na

medida em que são dadas dicas de interação de forma mais diretiva, podendo também aumentar a confiança delas. Outros estudos, como Howell et al. (2010), encontraram resultados nos quais a preparação para a experiência no pós-parto esteve associada com a diminuição de DPP, enquanto Razurel et al. (2017) encontrou resultados positivos de psicoeducação no pós-parto na melhora da relação mãe-bebê e na percepção da auto-eficácia materna, reforçando os efeitos positivos de intervenções como psicoeducação. Em contrapartida, o treinamento, por ser realizado de forma menos diretiva, pode ter um efeito nas mães que as façam questionar as suas práticas direcionadas ao bebê, podendo ocorrer uma interação com os sintomas de menos valia da depressão e não gerar desfechos tão positivos.

Em relação aos efeitos das intervenções nos desfechos avaliados, os dados preliminares não indicaram efeitos significativos das intervenções na habilidade de reconhecimento de faces de bebês. A acurácia materna para faces de bebês foi bastante elevada e este efeito pode ter ocorrido pelas faces de bebês utilizadas nesse estudo terem sido de alta intensidade emocional, facilitando a sua identificação. Outra hipótese, corroborada pelo estudo de Gil e outros (2011), é que o reconhecimento de expressões faciais de bebês são, principalmente, influenciados pelos sintomas de ansiedade. As mães com maior ansiedade pós-parto tiveram uma percepção mais negativa das expressões emocionais infantis, mas isso não se manteve com os sintomas de depressão. A partir disto, em futuros estudos sugere-se incluir estímulos de menor intensidade e a avaliação também dos efeitos sintomas de ansiedade maternos.

Referente às faces de adultos, as emoções que apresentaram maior acurácia foram de raiva e tristeza, em contraponto com alegria tendo a menor acurácia. Ainda que o objetivo deste estudo não tenha sido investigar efeitos da DPP na habilidade de reconhecer faces, estudos anteriores indicam que mulheres com DPP apresentam menores índices de acurácia em faces adultas de felicidade (FLANAGAN et al., 2011) e este resultado se manteve no presente estudo. A dificuldade no reconhecimento de faces de alegria, não havendo uma melhora após o treinamento, pode indicar padrões mais estáveis ligados a sintomas depressivos, sugerindo que este viés ocorra através de um processo seletivo que maximiza os estímulos negativos e filtra ou minimiza os positivos (GOTLIB et al., 2004; JOORMANN; GOTLIB, 2007; STEIN et al., 2010). Além disso, outros estudos realizados com adultos com diagnóstico de depressão, indica que estes apresentam uma maior reatividade a emoções negativas e uma menor reatividade a emoções faciais positivas (GOLLAN et al., 2013), sendo necessário estímulos com maior intensidade emocional ou um maior foco no treinamento de reconhecimento de faces de alegria para que ocorra a melhora na acurácia.

A acurácia do reconhecimento de raiva melhorou com o treinamento em 200ms e marginalmente em 1000ms, sugerindo que há uma modificação em níveis mais conscientes e treináveis pelo protocolo de intervenção. Em contrapartida, o efeito do grupo de intervenção no reconhecimento de medo demonstrou que mães que passaram pelo treinamento tiveram um pior desempenho na acurácia e definiram as faces de medo como menos intensas. No treinamento de expressões faciais, as emoções trabalhadas incluíam surpresa e medo, sendo estas relatadas pelas quatro mães participantes deste grupo como difíceis de compreender a diferença. A partir do treinamento realizado, as mães que receberam esta intervenção podem ter passado a realizar um processamento mais consciente destas duas emoções ao tentar diferenciá-las, piorando a acurácia do medo, que antes era realizada de forma mais automática. As faces de tristeza provavelmente não apresentaram diferenças significativas por já apresentarem altos índices de acurácia no pré-intervenção.

Em relação ao aumento da qualidade da relação mãe-bebê, nas mães que participaram da psicoeducação, houve um aumento nas dimensões maternas de não distante e descontraída. Possivelmente a participação em uma intervenção mais diretiva, trazendo informações sobre o desenvolvimento normal do bebê, pode ter facilitado os comportamentos maternos dirigidos ao bebê. As demais dimensões maternas que não obtiveram resultados positivos podem ter um fator de aprendizado cultural relevante, sendo necessária uma intervenção focada nestes comportamentos para que haja uma diferença significativa. Um treinamento do tipo *role-play*, onde um profissional possa servir como modelo e dando *feedbacks* sobre o comportamento materno pode auxiliar neste processo.

Testando a hipótese principal deste estudo, apesar de ter encontrado um efeito positivo na melhora da acurácia do reconhecimento de expressões faciais de raiva nas mães que participaram do grupo de treinamento, não foi identificada uma melhora na qualidade da relação mãe-bebê delas. A principal hipótese para este resultado é que as emoções de alegria e tristeza, consideradas na literatura como as mais impactadas pelo viés da DPP, não tiveram resultados positivos pelo treinamento, sendo que a alegria se manteve com uma baixa acurácia. Desta forma, as dificuldades em identificar faces emocionais positivas podem auxiliar na manutenção de padrões de relação maternos menos satisfatórios.

A DPP tem uma alta prevalência no Brasil e uma ampla literatura com evidências das consequências negativas desta na saúde da mãe e do bebê, além de prejuízos na interação (MOEHLER et al., 2006). Além disto, há uma lacuna no preparo dos profissionais brasileiros tanto para o diagnóstico adequado quanto para intervenções nessa população, tornando este um problema de saúde pública. Dentre a amostra comunitária de 15 mães participantes deste estudo,

nenhuma delas foi identificada com diagnóstico de DPP pelo sistema de saúde e apenas uma estava buscando acompanhamento psicológico. Contudo, elas estavam clinicamente deprimidas e apresentavam dificuldades de humor e na relação com seu bebê.

A principal limitação desse estudo refere-se ao baixo tamanho da amostra, impossibilitando que sejam realizadas análises mais sofisticadas e que os resultados tenham um maior tamanho de efeito. Esta limitação impossibilitou que fossem realizados estudos correlacionais entre o reconhecimento de expressões faciais e a qualidade da relação mãe-bebê. Para confirmar os padrões dos resultados encontrados, a coleta continua em andamento, buscando um aumento do tamanho amostral. A correta identificação dos efeitos das intervenções na acurácia do reconhecimento de expressões faciais permitirá a adaptação os procedimentos utilizados. Além disto, este estudo realizou apenas uma avaliação pós-intervenção logo após a intervenção ou após quatro semanas na lista de espera, sendo necessária a realização de mais acompanhamentos para avaliar a manutenção das mudanças encontradas. Na medida em que um dos efeitos negativos da DPP ocorre no desenvolvimento infantil, é necessário que haja um acompanhamento para avaliar o real impacto na trajetória dessas crianças.

Há a necessidade de criar intervenções que invistam na qualidade da relação mãe-bebê, adaptadas à realidade brasileira e que possam ser aplicadas através de visitas domiciliares, aumentando a sua adesão. São necessários estudos futuros para determinar quanto estas intervenções podem prevenir os efeitos negativos na saúde da mãe, do bebê e da díade, além da realização de *follow-ups* mais tempo após a intervenção.

REFERÊNCIAS

BAUER, N. S. et al. **Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics**. *Frontiers in Pediatrics*, 5(October), 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.3389/fped.2017.00212>>

BECK, A. T. et al. **Beck depression inventory-II**. San Antonio, 1996.

CAMPBELL, S. B. et al. **Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity**. *Developmental Psychology*, 31, 1995. p. 349-357.

CAMPOS, B. C. de; RODRIGUES, O. M. P. R. **Depressão Pós-Parto Materna : Crenças , Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida**. *Psico (Porto Alegre)*, 46(4), 2015. p. 483–492. Disponível em:

<<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>>

COHN, J. F. et al. **Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months**. *Developmental Psychology*, 26, 1990. p. 15-23.

COX, J. L. et al. **Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.** *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 1987. p. 782–786.

DEL-BEN, C. M. et al. Confiabilidade de “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-Versão Clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001.

FIELD, T. et al. **Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads.** *Developmental Psychology*, 26, 1990. p. 7-14.

FIELD, T. **Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review.** *Infant Behavior and Development*, 33(1), 2010. p. 1–6. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>>

FIRST, M. B. et al. **Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV).** New York: Biometrics Research Department: New York State Psychiatric Institute; 1997.

FLANAGAN, T. J. et al. **Differential impairments in emotion face recognition in postpartum and nonpostpartum depressed women.** *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 2011. p. 314–318. Disponível: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.021>>

GIL, S. et al. **The evaluation of emotional facial expressions in early postpartum depression mood: A difference between adult and baby faces?** *Psychiatry Research*, 186(2-3), 2011. p. 281–286. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.015>>

GOLLAN, J. K. et al. **Affective information processing in pregnancy and postpartum with and without major depression.** *Psychiatry research*, 206(2), 2013. p. 206-212.

GOODMAN, J. H. et al. **Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability.** *Journal of Family Nursing*, 19(3), 2013. p. 295–323. Disponível em: <<http://doi.org/10.1177/1074840713484822>>

GORENSTEIN, C. et al. **Inventário de depressão de Beck - BDI-II.** Beck AT, Steer RA, Brown GK, editors. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. 2011.

GOTLIB, I. H. et al. **Attentional Biases for Negative Interpersonal Stimuli in Clinical Depression.** *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 2004. p. 127–135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.1.127>>

GROTE, N. K. et al. **Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study*.** *Contemporary Clinical Trials*, 39(1), 2014. p. 34–49.

JOORMANN, J.; GOTLIB, I. H. **Selective attention to emotional faces following recovery from depression.** *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 2007. p. 80–5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.80>>

KO, J. Y. et al. **Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009.** *Journal of Women's Health* (2002), 21(8), 2012. p. 830–836. Disponível em: <<http://doi.org/10.1089/jwh.2011.3466>>

LETOURNEAU, N. et al. **Effect of home-based peer support on maternal-infant interactions among women with postpartum depression: a randomized, controlled trial.** *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 2011. p. 345–357.

LOBATO, G. et al. **Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 2011. p. 369–379. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003>>

MILANI, H. S. et al. **Effect of health care as the “home visiting” on postpartum depression: A controlled clinical trial.** *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 2017. p. 1-6. Disponível em: <<http://doi.org/10.4103/2008-7802.204003>>

MILGROM, J.; HOLT, C. **Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial.** *Trials*, 15, 2014. 385 p. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-385>>

MOEHLER, E. et al. **Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding.** *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 2006. p. 273–278. <http://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>

MURRAY, L. et al. **The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes.** *Child Development*, 1996. p. 2512–2526.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. **Postpartum depression and child development.** *Psychological Medicine*, 27(2), 1997. p. 253–260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0033291796004564>>

MURRAY, L. et al. **Sadness in mothers' “baby-talk” predicts affective disorder in adolescent offspring.** *Infant Behavior and Development*, 33(3), 2010. p. 361–364. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.009>>

MURRAY, L. et al. **Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring Up to 16 years of age.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(5), 2011, p. 460 – 470. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001>>

O'HARA, M. W.; MCCABE, J. E. **Postpartum depression: current status and future directions.** *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 2013. p. 379–407. Disponível em: <<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>>

OLHABERRY, M. et al. **Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática.** *Ter. Psicol*, 31 (2), 2013. p. 249–261. Disponível em: <<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>>

PEREIRA PRETTO CARLESSO, J., & RAMOS DE SOUZA, A., & BRAGANÇA DE MORAES, A. **Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil.** *Revista CEFAC*, 16 (2), 2014. p. 500-510. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169331137017>> ISSN 1516-1846.

SANTOS, I. et al. **Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mother from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study.** *Caderno de Saúde Pública*, 23(11), 2007. p. 2577–2588.

SANTOS, M. F. S. et al. **Post-natal depression self-rating scales: Brazilian study.** *Rev Psiquiatr Clin*, 26(2), 1999. p. 32–40.

STEIN, A. et al. **Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression.** *Infant Behavior and Development*, 33(3), 2010. p. 273–278. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.002>>

STEPHENS, S. et al. **Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis.** *Annals of Family Medicine*, 14(5), 2016. p. 463–473. Disponível em: <<https://doi.org/10.1370/afm.1967>.INTRODUCTION>

VASCONCELLOS, S. J. L. et al. **Elaboração de um software para avaliar a percepção das emoções expressas pela face.** IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Apresentação de Pôster, 2009.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo a construção e verificação da efetividade de duas intervenções para aumentar a qualidade da relação mãe-bebê com sintomas de Depressão Pós-Parto. Foram elaborados um protocolo de psicoeducação e um Treinamento de Reconhecimento de Expressões Faciais. A partir disto, foram produzidos dois artigos: um teórico, sobre a construção das intervenções e um empírico, com o objetivo de verificar o efeito na qualidade da relação da díade.

O primeiro estudo descreve os procedimentos realizados para a construção das duas intervenções. Devido a grande prevalência deste transtorno na população brasileira e pelos efeitos negativos relacionados a este, tanto na saúde da mãe quanto do bebê, justifica-se a necessidade da construção de intervenções. Na medida em que esses efeitos negativos parecem ter como um importante mediador déficits na relação mãe-bebê, este foi um foco importante na construção dos protocolos. Como resultado, são apresentadas as descrições das quatro sessões de cada um dos protocolos, com os tópicos a serem trabalhados e os materiais criados para facilitar a execução dos objetivos. Os resultados apontam a validade dos dois protocolos de intervenção criados, sendo de fácil compreensão para o público-alvo.

Diante da construção destes dois protocolos no primeiro estudo, justifica-se que novos estudos sejam feitos a fim de verificar a efetividade dos dois protocolos no aumento da qualidade da relação mãe-bebê. Essa análise se faz necessária para verificar se há algum efeito positivo nessa relação, tendo em vista a escassez de protocolos de tratamento para depressão pós-parto focados na relação mãe-bebê e adaptados à realidade brasileira.

Com isso, o segundo estudo teve como objetivo verificar o efeito dos protocolos de intervenção (psicoeducação e treinamento de reconhecimento de expressões faciais) na qualidade da relação mãe-bebê. Para isto, foi realizada uma comparação entre três grupos: as duas intervenções e lista de espera, nas quais as mães foram randomizadas. Os resultados principais apontaram a psicoeducação como a intervenção mais eficaz no aumento da qualidade da relação mãe-bebê, enquanto o treinamento demonstrou efeitos positivos no aumento da acurácia do reconhecimento de faces. Estes dados são preliminares, tendo um pequeno tamanho amostral e, conseqüentemente, sendo necessária a continuação da coleta de dados para confirmar os efeitos encontrados.

Com base nos resultados dos estudos apresentados e devido à literatura que relata a alta prevalência de DPP (THEME FILHA et al., 2016), o impacto negativo (MOEHLER et al., 2006), as dificuldades maternas de buscar ajuda nesse período (BAUER et al., 2017) e a

lacuna existente em intervenções eficazes e adaptadas à realidade brasileira (OLHABERRY et al., 2013; STEPHENS et al., 2016; TOP; KARAÇAM, 2016), verifica-se a necessidade de novos estudos a serem realizados na área com esse instrumento a fim de suprir as lacunas referidas na presente pesquisa. Reforça-se a importância do desenvolvimento de intervenções inovadoras neste projeto e dos dados sobre a efetividade das mesmas. Mesmo que ainda em caráter preliminar, há indícios positivos do efeito da psicoeducação na qualidade da relação mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

- BAUER, N. S. et al. **Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics**. *Frontiers in Pediatrics*, 5(October), 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fped.2017.00212>>
- MOEHLER, E. et al. **Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding**. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 2006. p. 273–278. <http://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- OLHABERRY, M. et al. **Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática**. *Ter. Psicol*, 31 (2), 2013. p. 249–261. Disponível em: <<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>>
- STEPHENS, S. et al. **Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis**. *Annals of Family Medicine*, 14(5), 2016. p. 463–473. Disponível em: <<https://doi.org/10.1370/afm.1967.INTRODUCTION>>
- THEME FILHA, M. M. et al. **Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012**. *Journal of Affective Disorders*, 194, 2016. p. 159–167. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>>
- TOP, E. D.; KARAÇAM, Z. **Effectiveness of Structured Education in Reduction of Postpartum Depression Scores: A Quasi-Experimental Study**. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 2016. p. 356–362. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.009>>

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Eficácia do treinamento do reconhecimento de emoções na qualidade da interação mãe-bebê em mulheres com depressão pós-parto

Pesquisador: Adriane Arteche

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62179216.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.899.114

Apresentação do Projeto:

A presente proposta tem como objetivo investigar a eficácia de um treinamento para o reconhecimento de emoções na qualidade da relação mãe e bebê em mulheres com depressão pós-parto. Para tanto, será realizado um estudo clínico randomizado, longitudinal, com três grupos de comparação – treinamento de reconhecimento de emoções, psicoeducação e fila de espera – sendo avaliados pré e pós intervenção. Serão participantes 60 díades de mães e bebês, todas mães maiores de 18 anos e com diagnóstico atual de depressão pós-parto e os bebês deverão estar ter entre quatro e doze semanas de idade no início da intervenção, tendo nascido a termo e sem necessidade de internação no pós-parto. As análises dos dados serão feitas através de análises de medidas repetidas e através de modelos de regressão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo propõe-se investigar a eficácia de um treinamento para reconhecimento de emoções na qualidade da relação mãe e bebê em mulheres com depressão pós-parto.

Objetivo Secundário:

4.2.1 Investigar a responsividade, sensibilidade e humor maternos pré e pós treinamento para reconhecimento de emoções;

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Pantheon **CEP:** 90.619-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.026.114

- 4.2.2 Investigar as dimensões de interação da diade (facilidade da interação, envolvimento, satisfação, animação e seriedade) pré e pós treinamento para reconhecimento de emoções;;
- 4.2.3 Investigar a acurácia do reconhecimento de expressões faciais pré e pós treinamento para reconhecimento de emoções;
- 4.2.4 Investigar a qualidade da relação mãe e bebê pré e pós treinamento para conhecimento de emoções;
- 4.2.5 Investigar a saúde do bebê pré e pós treinamento para reconhecimento de emoções (peso, amamentação, crescimento);
- 4.2.6 Investigar as habilidades maternas de processamento de faces como mediadores dos efeitos da intervenção na qualidade da relação mãe-bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma amostra com diagnóstico de depressão pós-parto, algumas situações podem ser identificadas: Caso algum risco de suicídio seja identificado, os indivíduos serão encaminhados imediatamente para atendimento psiquiátrico, sendo contatado um familiar para que esteja a par da situação. Após o devido encaminhamento, será avaliado pela equipe a possibilidade de continuar a realização da pesquisa com esta mãe, sendo priorizado o bem-estar e a saúde dela. Caso questões de violência conjugal ou de negligência com a criança sejam identificadas, serão fornecidas orientações e encaminhamentos sobre medidas protetivas e também será realizado um encaminhamento para atendimento. Os encaminhamentos serão realizados para os serviços escolas da PUCRS, UNIRITTER, UFRGS, e FADERGS, para o NEPTE (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse), além de contato com o conselho tutelar, quando for necessário. Após a reavaliação, caso ainda sejam identificados sintomas depressivos ou outras dificuldades, as mães serão encaminhadas para atendimento.

Benefícios:

As mães receberão a intervenção gratuitamente, com o tratamento para depressão pós-parto, o treinamento para o reconhecimento de emoções e também espera-se que com isso haja uma melhora na relação mãe e bebê. Além dos benefícios individuais, será desenvolvido um protocolo de tratamento para mães com depressão pós-parto, com materiais psicoeducativos sobre o tratamento para mães e para profissionais, possibilitando a ampla divulgação do conhecimento adquirido com a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Excelente proposta que trata de um tema de grande importância.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-000
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cnp@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.026.114

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitamos verificar o TCLE disponível na página do CEP-PUCRS e usá-lo como modelo.

Recomendações:

O endereço do CEP-PUCRS apresentado neste TCLE está desatualizado. As pendências foram parcialmente atendidas. Solicitamos verificar o TCLE disponível na página do CEP-PUCRS e usá-lo como modelo.

"Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O endereço do CEP-PUCRS apresentado neste TCLE está desatualizado. As pendências foram parcialmente atendidas. Solicitamos verificar o TCLE disponível na página do CEP-PUCRS e usá-lo como modelo.

<http://www.pucrs.br/pesquisa/comites/cep/>

"Termo de consentimento livre e esclarecido"- adultos capazes

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012 e da Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_827116.pdf	10/01/2017 17:30:31		Aceito
Folha de Rosto	FolhadRosto.pdf	10/01/2017 17:29:51	Adriane Arteché	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.026.114

Outros	CARTAAOCOMITEEDEETICAEMPESQU ISADAPUCRS.pdf	10/01/2017 17:25:22	Adriane Arteche	Aceito
TCE/ Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECLARECIDO.pdf	10/01/2017 17:24:39	Adriane Arteche	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAnaliseRenner.pdf	10/01/2017 17:23:45	Adriane Arteche	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO B – MATERIAL UTILIZADO PARA DIVULGAÇÃO



Programa de Acompanhamento para mães e bebês no pós-parto

Coordenadora: Prof^a Dr^a Adriane Arteche
Grupo de Pesquisa em Neurociência Afetiva e
Transgeracionalidade (GNAT) PUCRS

Estamos convidando **mães, com idade mínima de 18 anos, no período pós-parto (bebê entre 4 e 12 semanas de vida)** para participar como voluntárias de um programa que busca melhorar a qualidade da relação mãe e bebê.

Contato para interessadas:

 (51) 99417-7070

 gmat.psyco@gmail.com

 GNAT - Grupo de Pesquisa em
Neurociência Afetiva e
Transgeracionalidade



CAAE: 62179216.0.0000.5336

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome completo da mãe: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Raça: _____

Escolaridade: _____ () Escola Pública () Escola Privada

Profissão: _____

Estado civil: _____

Nome do cônjuge: _____ Idade do cônjuge: _____

Escolaridade do cônjuge: _____ Profissão do cônjuge: _____

Há quanto tempo estão juntos: _____ Ambos estão empregados? () Sim () Não

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel.: Residencial _____ Celular _____ Trabalho _____

Número de filhos (contando com o atual): _____

Sexo e idade de cada um (não incluir o atual):

1. () M () F _____ anos 2. () M () F _____ anos 3. () M () F _____ anos

Algun deles é de pai/mãe diferente? () Sim () Não Quais: _____

Quantas gestações a mãe teve antes do nascimento do avaliado? _____

Abortos? () Sim () Não Quantos? _____

A gestação foi planejada? () Sim () Não

A gestação foi desejada? () Sim () Não

Ocorreram intercorrências durante a gestação do paciente? () Sim () Não

Quais? _____

Houve a ocorrência de alguns eventos estressores ou traumáticos durante a gestação?

() Sim () Não. Quais? _____

Houve ameaça de aborto durante a gravidez desta criança? () Sim () Não

Durante a gestação, a mãe utilizou alguma medicação? () Sim () Não

Quais? _____

Uso de medicações, drogas, cigarro e/ou álcool durante a gravidez, pela mãe: () Sim () Não

Quais? _____

Complicações (emocionais, psicológicas, físicas) **durante a gravidez:** () Sim () Não

Quais? _____

Complicações (emocionais, psicológicas, físicas) **no parto**: () Sim () Não

Quais? _____

Complicações (emocionais, psicológicas, físicas) **após o parto**: () Sim () Não

Quais? _____

O período da gestação durou quantas semanas? _____ (ou meses: _____)

O parto foi: () Normal () Cesariana

Usou fórceps: () Sim () Não

Nome do bebê: _____

Data de nascimento do bebê: _____ Idade do bebê: _____

Peso ao nascer: _____ Altura ao nascer: _____

Índice de Apgar: _____

O bebê chegou a ficar internado após o nascimento? () Sim () Não

Quanto tempo? _____

Alguma vez na vida alguém disse que seu filho teria/tem algum problema neurológico? _____

Aleitamento: _____

Histórico de Doenças:

Da avaliada:

Idade	Sintomas ou condições do paciente	Tto/medicação
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Do pai do bebê:

Idade	Sintomas ou condições do paciente	Tto/medicação
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Familiar (pai, mãe, irmãos da avaliada):

História de Tratamento Neuropsiquiátrico:

Registre abaixo a história de tratamento neuropsiquiátrico ao longo da vida da **avaliada**.

Idade	Sintomas ou condições do paciente	Tto/medicação
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Registre abaixo a história de tratamento neuropsiquiátrico ao longo da vida do **pai do bebê**.

Idade	Sintomas ou condições do paciente	Tto/medicação
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Familiar (pai, mãe, irmãos da avaliada):

Histórico de Uso de Medicação:

A **criança (bebê)** toma alguma medicação hoje em dia? () Sim () Não () Não Sabe

A partir de que momento? (após o nascimento) _____

Medicação: _____ Dosagem _____

Medicação: _____ Dosagem _____

A **avaliada** toma alguma medicação hoje em dia? () Sim () Não () Não Sabe

Nome medicações (últimos 12 meses): _____

Medicação: _____ Dosagem _____

Medicação: _____ Dosagem _____

O **pai do bebê** toma alguma medicação hoje em dia? () Sim () Não () Não Sabe

Nome medicações (últimos 12 meses): _____

Medicação: _____ Dosagem _____

Medicação: _____ Dosagem _____

Alguém fuma na casa? () Sim () Não Quem? _____

Quantidade: _____

Tem alguma coisa que eu não te perguntei e que você considere relevante?

Como por exemplo, algum trauma que você tenha passado... Alguma situação de abuso, negligência ou agressão?

ANEXO D – Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	0	Quantidade			
		1	2	3	4
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II	1
Fundamental II completo / Médio	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Cortes do Critério Brasil

Class	Pontos
A	45 -
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ANEXO E - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS)

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima de seus sentimentos nos últimos 7 dias.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

- Como sempre senti
- Talvez, menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

ANEXO F - CLASSIFICAÇÃO GLOBAL DE INTERAÇÃO MÃE-FILHO

Escala mãe

	min	min	min	min	min
(5)Calorosa/positiva (1)Fria/hostil					
(5)Aceitação (1)Rejeição					
(5)Responsiva (1)Não resposta					
(5)Não demandante (1)Demandante					
(5)Sensível (1)Insensível					
(5)Comportamento não-intrusa (1)Comportamento intrusa					
(5)Discursa/fala não-intrusiva (1)Discurso/fala intrusiva					
(5)Não distante (1)Distante					
(5)Não silenciosa (1)Silenciosa					
(5)Feliz (1)Triste					
(5)Muita energia/ motivação (1)Baixa energia/motivação					
(5)Envolvida com a criança (1)Egoísta					
(5)Descontraída (1)Tensa					

Escala Criança

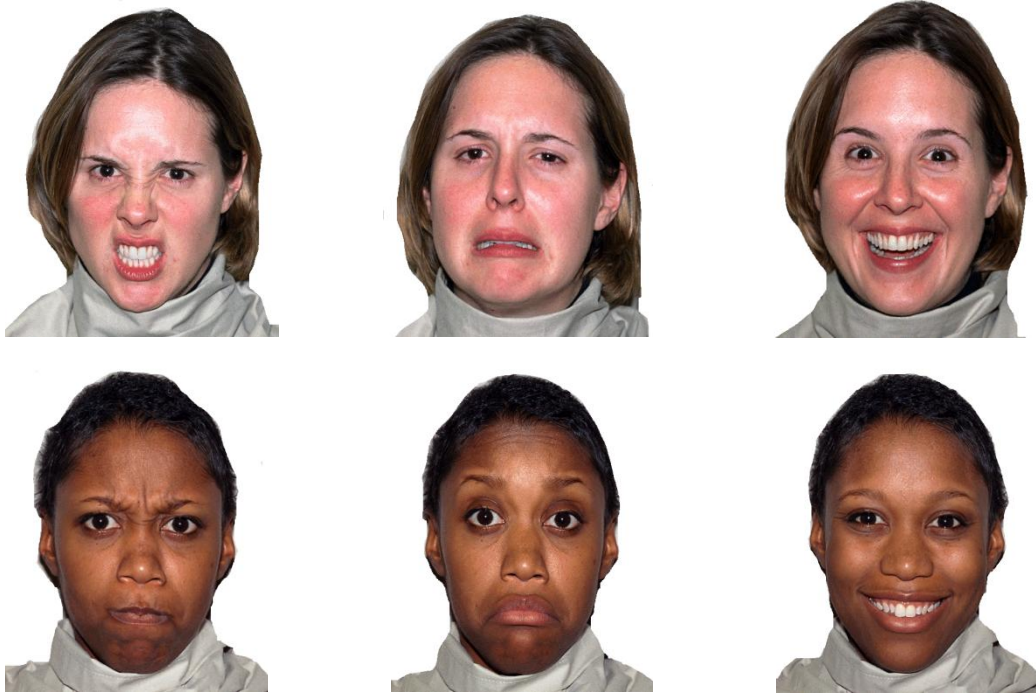
	min	min	min	min	min
(5)Atenção para a mãe (1)Evitativo					
(5)Comunicação ativa (1)Comunicação não ativa					
(5)Vocalizações positivas (1)S/ vocalizações positivas					
(5)Envolvido com o ambiente (1)Absorto (auto absorvido)					
(5)Alerta (1)Inerte					
(5)Feliz (1)Angustiado					
(5)Não irritável (1)Irritável					

Escala Interação

	min	min	min	min	min
(5)Suave/fácil (1)Difícil					
(5)Engraçado (1)Serio					
(5)Satisfatório (1)Insatisfatório					
(5)Muito envolvimento (1)Nenhum Envolvimento					
(5)Animado (1)Envolvimento tranquilo					

ANEXO G – IMAGENS ADULTOS

Exemplo das imagens de expressões faciais emocionais utilizadas no treinamento de reconhecimento de expressões e retiradas do banco NimStim.



ANEXO H - IMAGENS DE BEBÊS

Exemplo das Imagens do Oxford Parent Project & pelo GNAT (PUCRS, Brasil).



ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) EFICÁCIA DO TREINAMENTO DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES NA QUALIDADE DA INTERAÇÃO DE MÃE-BEBÊ EM MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Eficácia do Treinamento de Reconhecimento de Emoções na Qualidade da Interação de Mãe-Bebê em Mulheres com Depressão Pós-Parto”, coordenada pela pesquisadora Professora Dra. Adriane Xavier Arteche, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Este projeto tem como objetivo investigar a eficácia de um treinamento para reconhecimento de emoções na qualidade da relação mãe e bebê em mulheres com depressão pós-parto. O tema escolhido se justifica pela depressão pós-parto materna ser um problema de saúde pública, bem como pelos prejuízos causados no desenvolvimento do bebê e na interação da mãe com sua criança. A pesquisa está sendo conduzida pela aluna Anelise Meurer Renner, mestranda do PPGP da PUCRS, sob a supervisão e orientação da Professora Dra. Adriane Xavier Arteche. Sua colaboração inclui responder a escalas de avaliação de humor, relacionamento conjugal, temperamento do bebê, apoio social, tarefa de avaliação da atenção e reconhecimento de expressões faciais e um encontro de observação da interação com o seu bebê. Este encontro será filmado, no entanto, apenas os membros da equipe de pesquisa terão acesso às imagens. Após isso, as mães serão divididas de forma aleatória para um de três grupos: em dois serão realizadas quatro sessões de aproximadamente uma hora cada, tanto no grupo de psicoeducação quanto no grupo de treinamento de reconhecimento de faces. Em um terceiro grupo, as mães serão reavaliadas em nove semanas após a avaliação e encaminhadas para atendimento caso necessário. Estas atividades serão realizadas na sua casa.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade e do bebê serão mantidas no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-los. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos, podendo gerar cansaço ou algum nível de ansiedade. Caso alguma dessas situações ocorra, a

aplicação será interrompida. O benefício da sua participação será o acompanhamento de uma psicóloga durante a realização da pesquisa, sendo realizado encaminhamento para atendimento se necessário. Além disto, a intervenção proposta visa o investimento na qualidade da sua relação com o seu bebê e sua contribuição auxiliará para o desenvolvimento e avanço científico na temática, sobre os quais você poderá esclarecer dúvidas a qualquer momento.

Eu, __ (participante) __, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou pagar por minha participação. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação se assim eu o desejar. Quaisquer dúvida relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável Professora Dra. Adriane Xavier Arteche, Telefone: (51) 99821.6624 ou pela entidade responsável, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, localizado na Av. Ipiranga 6681, Prédio 50, Sala 703, Porto Alegre /RS, Brasil, CEP: 90619-900, Fone/Fax: (51) 3320.3345. E-mail: cep@pucrs.br. Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30min às 17h.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____	_____	_____
Assinatura do Participante	Nome	Data e local
<i>Adriane Xavier Arteche</i>	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data e local



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br