

Experiência da maternidade e Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs)

Maternity experience and Clinical Risk Indicators for Child Development (IRDIs)

Experiencia de maternidad e Indicadores de Riesgo Clínico para el Desarrollo Infantil (IRDIs)

Recebido: 28/09/2019 | Revisado: 12/10/2019 | Aceito: 14/10/2019 | Publicado: 17/10/2019

Janáina Pereira Pretto Carlesso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8488-1906>

Universidade Franciscana, Brasil.

E-mail: janapcarlesso@yahoo.com.br

Anaelena Bragança de Moraes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6578-0613>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

E-mail: anaelena.bm@terra.com.br

Ana Paula Ramos de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4733-0632>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

E-mail: ana.souza@ufsm.br

Resumo

O objetivo do presente artigo foi verificar as repercussões da experiência materna na interação mãe-filho, examinando suas implicações para o desenvolvimento da criança por meio dos IRDIs em uma amostra de mães de bebês nascidos em cidade de porte médio e arredores da região central do Rio Grande do Sul (RS). A amostra do estudo foi composta por díades mães - bebê (n=165) em Hospital Escola. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista para investigar informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas, psicossociais e a experiência materna. Também foi utilizado os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs). Quando se avaliou a associação entre a ausência/presença de risco para os bebês (IRDIs) e a ausência/presença de alteração emocional materna, encontrou-se resultado significativo. Há maior proporção de bebês com risco quando a mãe apresenta alteração emocional no período pós-parto.

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

Abstract

The aim of this paper was to verify the repercussions of maternal experience on mother-child interaction by examining its implications for child development through IRDIs in a sample of mothers of babies born in a medium-sized city and the outskirts of central Rio. Grande do Sul (RS). The study sample consisted of mother - baby dyads (n = 165) in a teaching hospital. For data collection, an interview script was used to investigate socioeconomic, demographic, obstetric, psychosocial information and maternal experience. The Clinical Indicators of Risk for Child Development (IRDIs) were also used. When assessing the association between the absence / presence of risk for infants (IRDIs) and the absence / presence of maternal emotional alteration, a significant result was found. There is a higher proportion of babies at risk when the mother presents emotional alteration in the postpartum period.

Keys-word: maternity experience; child development; risk indices.

Resumen

El propósito de este trabajo fue verificar las repercusiones de la experiencia materna en la interacción madre-hijo mediante el examen de sus implicaciones para el desarrollo infantil a través de IRDI en una muestra de madres de bebés nacidos en una ciudad mediana y alrededores del centro de Río. Grande do Sul (RS). La muestra del estudio consistió en díadas madre - bebé (n = 165) en un hospital universitario. Para la recopilación de datos, se utilizó un guión de entrevista para investigar la información socioeconómica, demográfica, obstétrica, psicosocial y la experiencia materna. También se utilizaron los indicadores clínicos de riesgo para el desarrollo infantil (IRDI). Al evaluar la asociación entre la ausencia / presencia de riesgo para los lactantes (IRDI) y la ausencia / presencia de alteración emocional materna, se encontró un resultado significativo. Hay una mayor proporción de bebés en riesgo cuando la madre presenta alteración emocional en el período posparto.

Palabras clave: experiencia de maternidad; desarrollo infantil; índices de riesgo.

Introdução

A maternidade envolve muitas emoções, tensões, atitudes, experiências e estados de pensamento conflitantes (Oberman & Josselson1996).

Gaertner e Gaertner (1992) enfatiza a importância do apoio social e de uma bem-sucedida transição da gravidez para a maternidade, pois as bases do relacionamento com o

bebê já são estabelecidas nesse período. Para que se tenha uma visão da complexidade da maternidade, pode-se ainda mencionar as eventuais conseqüências desse processo para a saúde mental da mãe, em situações bastante freqüentes como, por exemplo, a depressão puerperal. Esse quadro clínico, entre outros, mostra o quão fortes são as transformações nesse período para tornar-se mãe (Small, Astbury, Brown, & Lumley, 1994).

As mudanças psíquicas que ocorrem com a chegada do novo papel materno são tantas que Stern (1997) sugeriu que a mãe entra em uma nova e única organização psíquica, a qual ele chama de constelação da maternidade. Essa nova organização determina uma série particular de tendências de ação, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. O autor assinalou que uma nova tríade psíquica se torna o eixo organizador central, qual seja, mãe da mãe-mãe/bebê. A constelação da maternidade não ocorre em todas as mulheres, mas na maioria daquelas que vivem nas sociedades ocidentais, pós-industriais.

Stern (1997) apontou que a constelação da maternidade envolve quatro principais temas: o de vida de crescimento, que inclui os questionamentos da mãe quanto à sua capacidade de manter a vida e o crescimento do bebê; o do relacionar-se primário, que inclui as possibilidades da mãe ser ou não capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê, assegurando um desenvolvimento psíquico saudável; o tema da matriz de apoio, que diz respeito à capacidade da mãe em criar e permitir os sistemas de apoio necessários a essas funções e o tema da reorganização da identidade, que está relacionado à possibilidade da mãe de transformar sua auto-identidade para que possa exercer essas funções.

Além desses fatores, a habilidade de ser mãe depende da inter-relação de um conjunto de elementos de ordem socioeconômica, educacional e pessoal (Sameroff, 1984). Há vários fatores que influenciam a mulher no processo de tornar-se mãe, entre eles: a possível existência de uma tendência inata para exercer cuidados maternos, que leva a uma responsividade à aparência física, comunicações e sinais de desamparo vindos do bebê (Grossmann, Fremmer-Bombik, Rudolph, e Grossmann, 1988); a cultura (Valsiner, 1989); o contexto socioeconômico específico da família de origem (Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess, e Unzner, 1985); a experiência da própria mãe enquanto bebê e o modo como ela foi cuidada por seus pais (Bowlby, 1984); assim como o apoio social de que a mãe dispõe (Crockenberg, e McCluskey, 1986; Debray, 1988); a satisfação com o papel materno (Heinicke, Diskin, Ramsey-Klee e Given, 1983); a relação com o marido (Lerner, & Galambos, 1985; Belsky, Yongblade e Pensky, 1989); as condições de saúde e de atendimento obstétrico (Crockenberg, 1981; De Chateau, 1987); características de personalidade da mãe (Heinicke, 1984) e variáveis demográficas tais como o nível

educacional ou atividade profissional (Heinicke, Diskin, Ramsey-Klee, e Given, 1983). Além disso, as vivências com a própria mãe e o desejo de reviver a unidade e a relação íntima com a mesma influenciam a maternidade da futura mãe (Brazelton e Cramer, 1992).

Diversos autores têm enfatizado a importância da interação mãe-bebê para um desenvolvimento saudável. Freud (1996) foi um dos primeiros a ressaltar a influência da relação com a mãe para a formação da personalidade. Spitz (1983), através dos conceitos de depressão anaclítica e de hospitalismo, evidenciou o papel vital da relação mãe-filho. O bebê privado, parcial ou totalmente da mãe ou de um substituto desta, sofre fortes declínios físicos e psíquicos. Bowlby e outros autores interacionistas chamaram a atenção para a existência de comunicação por parte dos dois parceiros da interação, trazendo uma nova imagem de bebê que também se relaciona através de seus comportamentos interativos. A maneira como os pais tratam a criança, por sua vez, tem grande influência no modelo de apego desta (Bowlby, 1989).

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

Atualmente é possível intervir clinicamente nas repercussões negativas da experiência materna no desenvolvimento da criança e detectar riscos precocemente através dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento na primeira infância, permitindo a localização a tempo de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais saudável (Kupfer et al, 2003).

Segundo Kupfer et al (2010), os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram utilizados por constituírem um instrumento que tem capacidade preditiva de indicar problemas de desenvolvimento da criança. Os IRDIs foram validados na Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de risco para o desenvolvimento infantil,

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

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

Ainda conforme Kupfer et al (2010), os IRDIs foram escolhidos e organizados de acordo as operações formadoras fundamentais do psiquismo da criança, tanto no que se refere à atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras. Quatro operações formadoras foram escolhidas, em função de elas haverem demonstrado ser fundamentais, na história dos cem anos de experiência clínica psicanalítica, e por constituírem uma síntese de diversas propostas teóricas nesse campo.

Kupfer et al (2010), aponta que os conceitos operatórios cumprem a função de organizadores e orientadores da seleção e aplicação de indicadores de risco psíquico e de desenvolvimento, sendo eles quatro eixos teóricos: suposição do sujeito (SS), estabelecimento da demanda (ED), alternância presença/ausência (PA), função paterna (FP). Todos esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por J. Lacan, F. Dolto e por D.Winnicott, predominantemente. O instrumento foi inicialmente construído visando obter uma avaliação clínica aproximativa da posição subjetiva da criança e

verificar precocemente o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância.

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

Metodologia

Para a realização do cálculo amostral foi utilizado a prevalência da depressão materna no período pós-parto no Brasil, com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), que é de 10% a 15%. A partir destas informações, este estudo assumiu a prevalência de depressão em 15% e a margem de erro de 5 pontos percentuais, estimando o tamanho da amostra em 163 mães-bebês. Tal dimensão amostral se deu pela projeção da prevalência da depressão pós-parto na realidade de mães de bebês sem alterações biológicas no desenvolvimento, que buscam o serviço de triagem auditiva neonatal (TAN) em Hospital Universitário.

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

O objetivo principal da pesquisa IRDI foi o de verificar o poder dos indicadores para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância. Na tabela 1 podemos observar os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), instrumento utilizado na população deste estudo. Considerando que todos os bebês deste estudo foram avaliados na primeira faixa etária (de 0 a 4 meses), estes foram os IRDIs considerados nas análises aqui apresentadas.

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

Os bebês participantes da amostra estudada seguiram sendo avaliados pelos demais IRDIs até os 18 meses de idade.

Coleta de Dados

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

A pesquisadora-responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito à informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando fosse necessário. As mães foram entrevistadas numa única sessão, em uma sala especialmente preparada para tal finalidade, com duração de aproximadamente 20 minutos. Para realização da entrevista, foi utilizado um roteiro com o objetivo de investigar as informações socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais das díades mãe-bebê. No roteiro também foram incluídas duas questões abertas, que investigaram a crise situacional e os antecedentes psiquiátricos. Este roteiro foi baseado na Entrevista sobre a Experiência da Maternidade instrumento utilizado no projeto de pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família, 2003).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Análise Estatística

Para avaliar a relação entre os IRDIs e a experiência da maternidade, foram utilizados os testes não-paramétricos do Qui-quadrado e Kruskal-Walis. Admitiu-se um nível de significância de 0,05. As respostas obtidas no roteiro de entrevista em relação à experiência da maternidade foram classificadas pela observação clínica e impressão subjetiva da psicóloga

a partir das respostas das mães. A partir da avaliação de cada entrevista, a experiência da maternidade foi reclassificada em duas faixas como: nenhuma alteração emocional (grau mínimo) e com alteração emocional (leve, moderada e grave). A análise estatística foi realizada utilizando-se o aplicativo computacional *STATISTICA 9.0*.

Os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, também foram reclassificados em duas faixas como: nenhum IRDI ausente e risco ao desenvolvimento, ou seja, de 1 a 5 IRDIs alterados. Para se obter os resultados desse estudo, as faixas de IRDIs foram avaliadas em função das faixas da experiência da maternidade.

Resultados e Discussões

A amostra do estudo foi composta por 165 mães e bebês nascidos no período de março a maio de 2010, que buscaram o serviço da triagem auditiva neonatal (TAN) no Hospital Universitário. Na **tabela 1** serão apresentadas as frequências de experiência materna em função das faixas de IRDIs. Pode-se observar que a maioria das mães entrevistadas (66,7%), não apresentou nenhum grau de alteração emocional em relação à experiência da maternidade, isto se justifica que a amostra estudada teve uma rede de apoio social importante.

Tabela 1 – Experiência da Maternidade e Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) em uma amostra de mães e bebês (n=165).

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

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

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

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

Tabela 2 – Experiência da Maternidade e Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) em uma amostra de diádes mães e bebês (n=165).

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

IRDIs = Indicadores Clínicos de Risco para o desenvolvimento Infantil

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

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

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

Tabela 3 – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e frequência de suporte social em uma amostra de diádes mães e bebês (n=165).

Faixas de IRDIs

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

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

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

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

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

O principal resultado evidenciado neste estudo foi a presença de uma correlação estatisticamente significativa entre a presença de alteração na constituição da experiência da maternidade e presença de riscos ao desenvolvimento infantil. Tal resultado se relaciona ao que a literatura ressalta sobre o nascimento de um filho ser uma fase propensa a crises e desequilíbrios para a vida da mulher, em função das mudanças que o acompanham (Piccinini, Gomes, Nardi, Lopes, 2008).

Ao tornarem-se mães, muitas mulheres podem demonstrar sentimentos de insegurança, ansiedade, dúvidas sobre como cuidar de seu bebê, mesmo que tenham se preparado desde antes da gestação para tal. As bases para a construção da identidade materna iniciam na infância da mulher, na interação com figuras femininas, provavelmente com a mãe, que a menina irá se espelhar para exercitar, através das brincadeiras, o papel de mãe com suas bonecas (Lopes, Prochnow, Piccinini, 2010).

Já na vida adulta irá se preparar através das fantasias e expectativas quanto ao seu

desempenho como mãe. Mesmo com toda preparação muitas mães podem sentir-se fragilizadas e inseguras para lidar com seu bebê. Esse fato foi comprovado na pesquisa de Schwengber e Piccinini (2003), sobre a ocorrência de relatos negativos sobre a maternidade e dificuldades em lidar com o bebê permitirem pensar que, como sugeriram Maldonado (2002) e Soifer (1992), o caráter conflituoso da experiência da maternidade pode contribuir para a precipitação ou agravamento da depressão materna, relacionados a uma profunda reavaliação da própria identidade feminina. É também um período de quebra da imagem idealizada do bebê (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007), que rumará da dependência absoluta à relativa, o que obrigará a mãe a fazer uma transição e adaptação constante dos seus cuidados ao filho. Com o desaparecimento gradativo desta imagem idealizada, vem muitas vezes desapontamento, desânimo e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova realidade (Schwengber & Piccinini, 2005).

Há aspectos difíceis e bastante objetivos na relação mãe-bebê que justificam essas reações. Assim, nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem muito pouco, pois ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação e, com frequência, a mãe não sabe distinguir quais são as necessidades do bebê. É, portanto, no início uma relação bem pouco estruturada, não-verbal e, por isso, intensamente emocional. Essas características dão margem a amplas possibilidades de interpretações projetivas por parte da mãe, cuja relação pode constituir-se de modo ambivalente. Neste caso, é comum que a hostilidade seja reprimida e encoberta por formações reativas frequentemente estimuladas pela família (Esteves & Borges, 2007; Wedel & Maftum, 2008).

Compreende-se que o puerpério é um período significativamente importante em relação à formação do vínculo, tanto para a mãe quanto para o bebê, podendo determinar a qualidade da ligação afetiva dos membros desta díade (Field, 2010; Crestani, Rosa, Pretto & Ramos, 2010). Se tal adaptação não for a contento, pode-se imaginar que o reflexo da falta de sintonia poderá emergir na protoconversa entre mãe e bebê, e ser captada pelos IRDIs, pois existe a possibilidade de estados emocionais maternos se refletirem na ausência de índices do desenvolvimento e surgimento de risco ao mesmo.

Nesse contexto, o apoio emocional é um ingrediente essencial para todas as mulheres. Ele é necessário para o aumento não só da saúde física e emocional da mãe durante o nascimento da criança, mas também com a relação especial que estabelece a ligação entre pais e deles com o bebê. Nos resultados desta pesquisa a presença de apoio familiar às gestantes apresenta-se como um dos fatores de proteção para a mãe e bebê em relação a possíveis efeitos dos estados emocionais maternos na relação com o bebê (Tudge, Mari, Frizzo &

Lopes, 2010).

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

Na análise qualitativa dos índices ausentes em bebês de mães acometidas de alterações emocionais, apresentaram-se ausentes o IRDI 1 (quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer). Este resultado demonstra dificuldades dessas mães estabelecerem as demandas dos bebês. Espera-se que as mães tomem as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, como o choro, seja reconhecido pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela, e diante do qual a mãe se coloca em posição de responder, ou seja, implica uma interpretação em que a mãe usa a linguagem, e “traduz” em palavras as ações da criança, e em ações suas próprias palavras. Tal comunicação apresentou-se afetada na relação das mães com alterações emocionais e seu bebê nesta pesquisa, demonstrando uma dificuldade para das mães para dar conta das diversas atividades psíquicas e físicas requerida no cuidado com o bebê (Saraiva & Coutinho, 2008).

Seguindo a análise qualitativa, as mães acometidas de alterações emocionais apresentaram ausentes o IRDI 2 (a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela manhês). Este resultado demonstra dificuldades das mães para supor um sujeito em seus bebês, afetando a necessária antecipação realizada pelo agente materno sobre as possibilidades futuras de constituição do bebê. Tal constituição depende justamente de que ele seja inicialmente suposto ou antecipado pela mãe (ou cuidador). A linguagem sintonizada com as ações do bebê, além das implicações lingüísticas que possui, também é responsável para a constituição do *holding* satisfatório, cujo déficit se faz sentir pela extrema aflição que produz na criança (Winnicott, 2000).

O *holding* deficiente pode ser experimentado pela criança quando a mãe encontra-se acometida de algum transtorno afetivo, como nos casos de depressão pós-parto. A criança pode ser fonte de “sensação de despedaçamento”, “sensação de estar caindo num poço sem fundo”, sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e de outros tipos de ansiedades encontradas em pacientes psicóticos e também fronteirços. As falhas do *holding* e da função de ser uma mãe suficientemente boa em função da depressão materna, também podem provocar no lactente intensa inquietação, distúrbio do sono e da

função digestiva; e todos esses fenômenos podem se manifestar de forma regressiva em outras etapas da vida (Winnicott, 2000).

Para Winnicott (1988) um ambiente não suficientemente bom distorce o desenvolvimento do bebê. Um ambiente suficientemente bom e o *holding* podem deixar de ser exercidos tanto por uma mãe emocionalmente prejudicada, como em função de um bebê não responsivo que não busca sua mãe, o que pode levar essa mãe a cuidá-lo de forma maquinal.

No período de 0 a 2 anos, segundo (Pessoa & Moura, 2008), o discurso da mãe dá existência a uma voz para o bebê, o que permite detectar uma atividade discursiva muito anterior à sua função expressiva (Rechia & Souza, 2010), ao estudar os monólogos da criança demonstra os efeitos do diálogo e da fala do outro na fala da criança. De Lemos (1992), demonstra que, nesta perspectiva, a criança está submetida às leis e regras de funcionamento da língua, mas que antes de poder analisar gramaticalmente a língua, estará funcionando nela a partir do diálogo que estabelece com o adulto, de modo especial a mãe. Esse diálogo é anterior à fala do bebê, sendo marcado pelo *manhês*. Se ele está ausente em mães afetadas emocionalmente, torna-se risco importante ao desenvolvimento infantil em geral, e à aquisição da linguagem de modo mais específico. Muitas pesquisas, inclusive, demonstram que a ausência de reação da criança ao *manhês* pode ser um índice de risco psíquico (Laznik, 2004).

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

A comunicação da díade mãe-filho no início da maternagem nos casos de depressão materna são as mais perigosas, pois pode provocar quadros psicopatológicos variados no bebê, dependendo da natureza, intensidade e data de sua manifestação. Entre essas conseqüências, as depressões do bebê ocupam um lugar central (McLaren, Kuh, Hardy & Mishra, 2007). Múltiplos fatores podem gerar patologia no bebê, entre os quais as depressões clássicas do bebê (Alt & Silvia, 2008), tais como reações à separação e perda de vínculo, e também a chamada depressão anaclítica ou hospitalismo (Spitz, 1983; Motta, Lucion & Manfro, 2005).

As mães acometidas de alterações emocionais apresentaram ausentes o IRDI 4 (a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação), o que implica que a mãe (ou o cuidador) não

responda ao bebê apenas com presença ou com ausência, mas que produza uma alternância, não apenas física, mas, sobretudo, simbólica. Por exemplo, entre a demanda da criança e a experiência de satisfação proporcionada pela mãe, espera-se que haja um intervalo diante do qual venha a surgir a resposta da criança. Se a mãe não consegue uma fina sintonia com as demandas do bebê e não lhe oferece turno para expressá-las, o diálogo inicial, que ocorre por meio da protoconversa, fica alterado, podendo ser um risco ao desenvolvimento infantil. Aspectos, como a rejeição primária ativa e passiva (Furst, Schroeder, Valle, Golbert & Escosteguy, 2007) ou a depressão (Azevedo & Arrais 2006), podem afetar a relação com o bebê pelo afastamento materno. A criança é, assim, privada de oportunidade de completar a fusão.

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

Para isso, muito contribuem as respostas seletivas dos bebês e seu potencial de atenção, pronto para a fixação do olhar em padrões semelhantes ao da face humana, forma e tamanho e seus padrões de reatividade próprios. O contato olho a olho é considerado como uma das redes de comunicação mais potentes, sendo um liberador inato de respostas maternas e potente facilitador de interação. A sinalização de estados pelo bebê (choro, sorriso, vocalização) promove elos na cadeia interativa quando a mãe se prontifica a atendê-los com satisfação (Queiroz, 2006; Bernardino & Kupfer, 2008; Conroy, Marks, Schacht, Davies & Moran 2010).

Schmidt, Piccoloto & Muller (2005), sugerem que a falha persistente na manipulação dos bebês nos primeiros meses de vida, principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebê, contribui para diminuir e/ou não desenvolver adequadamente conexões neuronais. Há evidências de que falhas no cuidado inicial devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associadas a alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês (Wan & Green, 2009). No entanto, nesta amostra, o fato de ter havido um suporte social importante pode ter neutralizado possíveis dificuldades

emocionais das mães e melhorado seu desempenho no cuidado aos seus bebês, conforme afirma (Fonseca et.al, 2010).

Considerações Finais

O estudo realizado apontou que há maior proporção de bebês com risco quando a mãe apresenta alteração emocional no período pós-parto, pois esta pode ter repercussões negativas no exercício da função materna e principalmente refletir-se como um elemento de risco ao desenvolvimento infantil. A maioria dos bebês desse estudo não apresentou índices de risco ao desenvolvimento infantil, como também a maioria das mães não estava acometida de alterações emocionais em relação à experiência da maternidade. No entanto, houve uma conexão entre alteração da experiência da maternidade e presença de risco ao desenvolvimento infantil. Possivelmente, tal experiência só não foi mais alterada em função da presença de importante apoio social, sobretudo do cônjuge, na amostra investigada.

Referências:

Shriberg, LD et al. (2000). Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res*, 43(1): 79-99.

Alt, MB & Sivia, PC. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol. Estud.*, 13(2), 389-94.

Azevedo, KR & Arrais, AR. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.*, 19 (2), 269-276.

Belsky, J, Yongblade, L & Pensky, E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal affect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Development e Psychopathology*, 1, 292-304.

Bernardino, LMF & Kupfer, MCM. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da "pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil". *Rev. Mal-Estar Subj.* , 8(3), 661-680.

Bowlby, J. (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J. (1984). Apego e perda: separação. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, TB & Cramer, B. (1992). As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes.

Conroy, S, Marks, MN, Schacht, R, Davies, HA & Moran, P. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Soc Psychiatry Epidemiol.*, 45(3), 285-92.

Crestani, AH, Rosa, F, Pretto, JP & Ramos, SAP. (2012). A Experiência da Maternidade e a Dialogia Mãe- Filho com Distúrbio de Linguagem. *Rev. CEFAC* , 14 (2), 350-360.

Crockenberg S, & McCluskey. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development.* , 57, 746-753.

Crockenberg S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child development.* , 52, 857-865.

Debray, R. (1988). Bebês/Mães em revolta. Porto Alegre: Artes Médicas.

De Chateau, P. (1987). Parent-infant socialization in several western european countries. Em J. Osofsky (Ed.) Handbook of infant development. 2a ed. New York: Wiley-Interscience.

De Lemos, CTG. (1992). Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum I-1*, 121-135.

Esteves, CM, Borges, ES. (2007). O resgate do vínculo mãe-bebê: estudo de caso de maus tratos. *Psicol. cienc. Prof.*, 27(4), 760-775.

Ferrari, A, Piccinini, CA & Lopes, RCS. (2007). O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 305-313.

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.*, 33(1), 1-6.

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

Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. (1911). Em: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. V. 12, 237-244. Rio de Janeiro: Imago.

Furst, MCG, Schroeder, AT, Valle, VH, Golbert, MB & Escosteguy, N. (2007). Depressão pós-parto e suas repercussões na interação precoce mãe-bebê. *Acta méd.*, 28,496-506.

Gaertner, A & Gaertner, B. (1992). Schwangerschaftsprozesse: zwei Fallstudien im Kontrastiven Vergleich. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 5 (4), 285-313.

Grossmann, K, Fremmer-Bombik, E, Rudolph, J & Grossmann, K. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. Em R. Hinde e J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences*. Oxford: Clarendon Press.

Grossmann, K, Grossmann, E, Spangler, G, Sues, G, & Unzner L. (1985). Maternal sensitivity and newborn orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. Em I. Bretherton e E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2.

Grupo de Pesquisa em Infância, Desenvolvimento e Psicopatologia, & Núcleo de Infância e Família. (2003g). Entrevista sobre experiência da maternidade. Manuscrito não-publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.

Heinicke, CM. (1984). Impact of pre-birth parent personality and marital functioning on family development: A framework and suggestions for further study. *Developmental Psychology*, 20, 1044-1053.

Heinicke, CM, Diskin SD, Ramsey-kee, D & Given, K. (1983). Pre-birth parent characteristics and family development in the first year of life. *Child Development*, 54,194-208.

Kupfer, MCM et al. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 31-52.

Kupfer, MCM, Jerusalinsky, A, Wanderley, D, Infante, D, Salles, L, Bernardino, L. Et al. (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6 (2), 7-25.

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

Lerner, J & Galambos, N. (1985). Maternal role satisfaction, mother-child interaction, and child temperament: A process model. *Developmental Psychology*, 21, 1153- 1164.

Lopes, RCS, Prochnow, LP & Piccinini, CA. (2010). A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo*, 15, 295-304.

Maldonado, M.T. (2002). *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. 16ªed. São Paulo: Saraiva.

Mclaren, L, Kuh, D, Hardy, R & Mishra, G. (2007). Postnatal depression and the original mother-child relationship: a prospective cohort study. *J Affect Disord.* , 100(1-3), 211-9.

Motta, M, Lucion, A & Manfro, G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria*, 27 (2), 165-76.

Oberman, Y & Josselson, R. (1996).Matrix of tensions: A model of mothering. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 341-349.

OMS. (2001). Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças. Informe sobre a saúde em el mundo.

Pessoa, L & Moura, MLS. (2008). Características pragmáticas da fala materna em díades mãe-bebê. *Arq. bras. psicol.* , 60(1), 82-95.

Piccinini, CA, Gomes, AG, Nardi, TC, & Lopes, RCS. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), 63-72.

Queiroz, EF. (2006). O olhar do outro primordial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(4), 598-610.

Rechia, IC & Souza, APR. (2010). Dialogia e função materna em casos de limitações práxicas verbais. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 315-323.

Sameroff, AJ. (1984). Necessidades Psicológicas da mãe em interações precoces mãe-filho. Em G. Avery, (Ed.) *Neonatologia*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Saraiva, ERA & Coutinho, MPL. (2008). O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociol gico. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 8(2), 505-527.

Schmidt, E, Piccoloto, N, Muller, M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF* 10, 61-68.

Schwengber, DDS & Piccinini, CA. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estud. psicol. (Campinas)*, 22(2), 143-156.

Schwengber, DDS & Piccinini, CA. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol. (Natal)*, 8(3), 403-411.

Soifer, R.(1992). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. 6  ed. Porto Alegre: ArtMed.

Small, R, Astbury, J, Brown, S & Lumley, J. (1994). Depression after childbirth: Does social context matter? *The Medical Journal of Austrália*, 161, 473-477.

Spitz, RA. (1983). O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes.

Stern, D. (1997). A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tudge, J, Marin, AH, Frizzo, GB & Lopes, RCS. (2010). The impact of socio-demographic variables, social support and child sex on mother-infant interaction. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 203-212.

Valsiner, J. (1989). Human development and culture: the social nature of personality and its status. Massachusetts: Lexington Books.

Wan, MW & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Arch Womens Ment Health*, 12(3), 123-34.

Wedel, HE, Wall, ML & Maftum, MA. (2008). Sentimentos da mulher na transição gestação-puerpério. *Nursing*, 11(126), 501-506.

Winnicott, DW. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, DW. (1988). *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Janaína Pereira Pretto Carlesso – 80%

Anaelena Bragança de Moraes – 10%

Ana Paula Ramos de Souza – 10